TRAITÉ

DES

MALADIES DE LA PEAU

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

TRAITÉ

DES

MALADIES DE LA PEAU

COMPRENANT

LES EXANTHÈMES AIGUS

PAR

FERDINAND HEBRA, D. M.

Professeur de dermatologie à l'Université,
Médecin en chef du service des maladies de la peau à l'hospice général de Vienne

TRADUIT ET ANNOTÉ

PAR

LE DOCTEUR A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage (Isère).

ÉDITION REVUE PAR L'AUTEUR

TOME I

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1869

PRÉFACE DE L'AUTEUR

La traduction que le docteur Doyon veut bien publier de mon *Traité des maladies de la peau*, et qui paraît répondre à un vœu fréquemment exprimé par mes confrères de la France, m'est une récompense inespérée des faibles services que j'ai pu rendre à cette branche de la science.

C'est un honneur pour moi de voir paraître mon ouvrage en une langue dans laquelle ont écrit des hommes tels qu'Alibert, Biett, Rayer, Cazenave, Hardy, etc., qui ont ouvert la voie aux progrès de la dermatologie.

Il appartiendra au public médical français d'apprécier jusqu'à quel point mes efforts ont pu contribuer à l'édification de l'œuvre commune. Je souhaite qu'ils jugent mon travail avec la bienveillance qu'il a rencontrée en Italie et en Angleterre, quand il a été traduit dans ces deux pays.

F. Hebra.

Vienne, novembre 1868.

PRÉFACE DU TRADUCTEUR

M. le professeur Hebra, dont le nom est si populaire dans toute l'Allemagne, où, comme dermatologiste, il occupe incontestablement la première place, vient de publier un traité sur les *Maladies cutanées* envisagées aux divers points de vue qui, de tout temps et de nos jours encore, passionnent les savants ainsi que les praticiens pour cette difficile étude. Dans cet ouvrage, l'habile professeur a proposé une nouvelle division des dermatoses d'après une base anatomo-pathologique qui lui a permis de réunir celles des maladies de la peau qui se ressemblent par leur nature essentielle, sans faire, comme la plupart de ses prédécesseurs, des séparations arbitraires entre des affections identiques. Ce système, qui n'est pas à l'abri de certaines critiques, comme le reconnaît l'auteur lui-même, n'en est pas moins l'un des plus remarquables et des plus complets qui aient été imaginés jusqu'à ce jour.

Ce livre ne se distingue pas seulement par l'étude approfondie de la nature intime de ces maladies et de la thérapeutique qu'elles réclament. Il contient encore leur description, descrip-

tion aussi précise que saisissante. Dans plus d'un passage, c'est le pinceau d'Arétée qui semble avoir tracé ces peintures, dignes rivales de l'iconographie elle-même.

Le traité des *Maladies de la peau* du professeur Hebra, quoique de date récente, a déjà été traduit en anglais et en italien. Aussi avons-nous pensé que dans un pays comme la France, où l'étude de la dermatologie compte tant de maîtres illustres, ce serait assurer le progrès de la science, en donnant aux recherches ultérieures une base plus stable, que de mettre nos compatriotes à même de connaître et d'apprécier un tel ouvrage. Disons-le aussi avec franchise : le mobile qui nous a surtout encouragé dans ce travail ardu a été la conviction que, mettre sous les yeux de nos confrères le texte littéral du professeur de Vienne, c'était leur livrer le traité le plus complet qui existe sur cette matière.

Nous nous sommes efforcé, dans cette traduction, de conserver au professeur allemand non-seulement sa pensée, mais encore la forme même qu'il a cru convenable de lui donner ; car le défaut et l'écueil le plus ordinaire de tout travail de cette nature est de fondre toutes les œuvres dans un moule commun, en supprimant ainsi l'originalité de l'auteur. Aussi, tout en évitant les excès d'un germanisme dont Hebra lui-même aurait pu se plaindre, osons-nous espérer qu'on ne nous appliquera pas le proverbe italien : *traduttore*, *tradditore*.

L'auteur, comme il le dit dans une préface de la traduction anglaise, ayant refait, pour les rendre plus complets, plusieurs chapitres de son ouvrage, nous avons, pour nous conformer à

son désir, revu avec soin notre travail sur cette édition ; par conséquent, nous donnons au public une œuvre plus achevée que l'édition allemande originale.

Je me propose de publier, avec la dernière livraison, une introduction générale à l'étude des *Maladies de la peau*, dans laquelle j'examinerai l'œuvre du professeur viennois en la comparant aux différents travaux du même genre qui ont paru à diverses époques, soit en France, soit à l'étranger.

A. Doyon.

Lyon, novembre 1868.



TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU

CHAPITRE PREMIER

PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET SYMPTOMATOLOGIE DES AFFECTIONS CUTANÉES

La peau, comme partie intégrante de l'organisme, n'est pas sujette à d'autres maladies que celles auxquelles sont soumis les autres organes du corps humain. Ainsi, nous y rencontrons des affections cutanées produites par hypérémie, anémie, exsudation et hémorrhagie; et, d'un autre côté, des néoplasmes, des hypertrophies, des atrophies et des névroses.

Les propriétés anatomiques, la grande étendue et la situation superficielle de la peau donnent lieu sans doute à quelques modifications particulières aux dermatoses. Mais parmi ces caractères spéciaux il en est quelques-uns, tels que les processus ulcéreux et les formations parasitaires, qui se produisent aussi dans des tissus analogues, par exemple sur les membranes muqueuses. Les autres différences concernent principalement l'étiologie et la symptomatologie des affections cutanées, et ne tiennent nullement à des conditions spéciales et essentielles à la nature de la maladie.

Ce qui est cependant tout à fait propre aux affections de la peau, c'est leur *symptomatologie*, c'est-à-dire la nature des lésions extérieures par lesquelles la variété de leurs phénomènes pathologiques se manifeste à nos sens. Si l'on jette un coup d'œil général sur ces altérations morbides, il est impossible de ne pas admettre une certaine uniformité dans la configuration des dermatoses et un mode régulier de développement et de décroissance. On peut donc naturellement arriver à cette conclusion, que ce n'est pas le processus pathologique général, mais le

désordre local occasionné par celui-ci, qui détermine la forme, l'ensemble des symptômes des maladies cutanées. En d'autres termes, la cause des formes particulières des dermatonoses se trouve dans les modifications morbides des organes constitutifs de la peau.

Par exemple, des pustules, qui ne diffèrent pas essentiellement dans la forme, sont causées aussi bien par la variole, la gale, que par des onctions avec la pommade au tartre stibié ou par des frictions simplement mécaniques. Dans le cours de certaines maladies générales, on voit parfois apparaître de petites vésicules : elles ressemblent parfaitement à celles qui sont produites par une friction avec l'huile de croton. Des taches pigmentaires exactement semblables peuvent être engendrées aussi bien sous l'influence d'une cause irritante externe que sous celle d'une maladie des organes internes. Il en résulte que nous ne pouvons que rarement apprécier la cause de la maladie si nous nous guidons seulement sur les apparences extérieures. On doit donc toujours examiner avec soin la série des symptômes qui appartient à chaque maladie de peau.

Il est encore indispensable d'avoir une connaissance exacte des différentes altérations pouvant survenir à la peau sous l'influence des causes morbides auxquelles elle est exposée ; et non-seulement il est nécessaire de connaître leur *forme primitive*, mais encore leurs transformations ultérieures, leur mode d'évolution et leur anatomie pathologique.

Sous le nom d'*Efflorescences de la peau* (*Efflorescentiæ cutaneæ*, Hautblüthen, Efflorescenzen, *Éruptions*), on a l'habitude de grouper un certain nombre de symptômes de maladies cutanées qui sont parfaitement caractérisés (altération de la peau) par leur forme leur situation, leur marche, ainsi que par la régularité de leur développement et de leur disparition. Il est admis dans la pratique de donner des dénominations spéciales aux différentes formes d'efflorescences qui se distinguent entre elles par des caractères spéciaux.

Nous n'avons nullement l'intention de changer la terminologie et les définitions de ces différentes formes d'efflorescences. Nous pensons, au contraire, que ces désignations, une fois adoptées, doivent être invariables et sévèrement respectées. Nous éviterons cependant toute distinction qui ne nous paraîtrait pas nécessaire ou qui serait trop subtile, nous bornant à indiquer les seules différences qui ont une importance spéciale et tiennent à la nature même des efflorescences.

Quelques-unes des altérations qu'on observe dans les maladies

cutanées sont directement occasionnées par des dépôts de produits morbides. Elles portent le nom de *symptômes primaires* ou *éruptions*, (*Efflorescentiæ cutaneæ primariæ*). Mais ces éruptions acquièrent souvent un développement plus considérable et sont sujettes à des transformations de nature vitale, chimique et mécanique; et il en résulte alors des symptômes auxquels on donne le nom de *symptômes secondaires*.

Dans la première classe, nous rangeons : 1° la *Tache* ou *Macule* (*Macula*, Fleck); 2° la *Papule* (*Papula*, Knotchen); 3° le *Tubercule* (*Nodus* seu *Tuberculum*, Knoten); 4° la *Tumeur* (*Phyma*, Knollen); 5° l'*Élevure de la peau* (*Pomphus* seu *Urtica*, Quaddel); 6° la *Vésicule* (*Vesicula*, Blaschen); 7° la *Bulle* (*Bulla*, Blase); et 8° la *Pustule* (*Pustula*, Eiterblase).

Dans la deuxième classe nous plaçons : 1° l'*Excoriation* (*Excoriatio*, Hautabschürfung); 2° l'*Ulcération* (*Ulcus*, Geschwür); 3° la *Fissure* (*Rhagades*, Schrunde); 4° la *Squame* (*Squama*, Schuppe); 5° l'*Écaille* (*Crusta*, Kruste); 6° l'*Écaille lamelleuse* (*Crusta lamellosa*, Schuppengrind); 7° la *Cicatrice* (*Cicatrix*, Narbe).

I. — Symptômes primaires, ou formes des efflorescences.

1° *Macule* ou *Tache* (*Macula*, Fleck). — On appelle ainsi toute espèce de changement dans la coloration normale de la peau résultant d'une maladie et qui n'est pas uniformément répandu sur toute la surface du corps. Si la peau tout entière est atteinte, on se sert du mot *décoloration* (*Decoloratio*, *Dyschromasia*, Missfärbung).

La couleur de la tache est l'une des différentes nuances de rouge, ou bien blanche, grise, jaune, verte, bleue, brune ou noire. Leur grandeur varie depuis celle d'un point jusqu'à celle d'une lentille, d'une fève, de l'ongle, d'une pièce d'un franc, d'un écu de cinq francs, de la paume de la main, etc... Quant à leur forme, on les divise en ronde, ovale, allongée, annulaire et en sinueuse.

Leur siége est tantôt dans les vaisseaux qui alimentent les papilles de la peau, tantôt dans la couche pigmentaire de l'épiderme.

De nombreuses causes morbides peuvent concourir à la formation des taches. Elles peuvent être produites, soit par une simple hypérémie ou par une exsudation dans les tissus de la peau, sans élévation de sa surface, soit par une hémorrhagie et ses suites, ou enfin par une anomalie de pigmentation.

Tous ces changements dans la couleur normale de la peau portent le terme générique de *taches;* mais suivant les formes qu'elles affectent, nous usons de dénominations spéciales. Ainsi on emploie le mot *Roséole* (*Röschen*) pour désigner de petites taches rouges, arrondies, ovales ou allongées, dont la dimension varie de celle d'une lentille à celle de l'ongle, et dont la coloration rouge disparaît sous la pression du doigt. Quand ce dernier caractère manque, c'est-à-dire lorsque la rougeur ne disparaît pas sous la pression du doigt, on leur donne le nom de *purpura*. Ces dernières peuvent encore être différenciées entre elles suivant leur plus ou moins d'étendue. Ainsi, si elles ont la grandeur d'un point, on les nomme *Pétéchies* (*Petechiæ*); si leur forme est striée, *Vergettures* (*Vibices*); ou enfin si elles occupent une large surface de la peau, *Ecchymose* (*Ecchymosis*). Enfin, on appellera *Érythème* (*Erythemata*, *Erytheme*) (1), l'éruption recouvrant sans interruption des parties de la peau aussi larges et même plus larges que la paume de la main, et dont la rougeur disparaît sous la pression du doigt.

Les rougeurs qui entourent la périphérie d'autres éruptions reçoivent le nom d'*aréole* ou *halo* (Hof).

La dilatation des vaisseaux capillaires appelée *Nævi vasculares* forme aussi des taches rouges; on les distingue facilement de celles de la *roséole*, de l'*érythème* ou du *purpura*. Dans ces *nævi vasculares*, il est en effet facile de reconnaître à l'œil nu les vaisseaux variqueux dilatés qui sont la cause de cette affection. Une pression plus forte et plus prolongée est nécessaire pour que la rougeur disparaisse même pendant un laps de temps très-court.

Les taches blanches produites par l'absence de pigment, variant de la grandeur d'une lentille à celle de la paume de la main, ou même occupant toute la surface de la peau, sont appelées *Achroma*, *Vitiligo* (*alba levior*), si elles surviennent accidentellement; *Leucopathia*, *Albinismus*, si elles sont congénitales. La circonférence de ces taches blanches peut être le siége d'une coloration foncée, déterminée par une accu-

(1) Bien que ces dénominations employées dans tous les traités de dermatologie se trouvent en rapport assez exact avec ces définitions, cependant il faut admettre que plusieurs de ces noms ne répondent pas aux règles que nous avons établies. Nous en avons des exemples dans la *Peliosis* ou *Roseola rheumatica* (éruption rouge qui prend la forme d'une tache, mais ne disparaît pas sous la pression du doigt et est occasionnée, comme tout le monde le sait, par une hémorrhagie), et dans l'*Erythema papulatum*, *tuberculatum*, *annulare*, *iris*, *gyratum*, *nodosum*, etc. (espèces d'efflorescences ayant une couleur rouge, une surface proéminente, variant en grosseur depuis un pois jusqu'à un œuf de poule, de forme annulaire ou semblables à des papules, à des tubercules, etc.). Cependant l'introduction d'une terminologie scientifique dans l'étude des maladies cutanées se réalisera sans doute dans un avenir prochain. Nous chercherons du moins à préparer la voie qui doit conduire à sa réalisation.

mulation de matière pigmentaire. Les orifices des tubes pilifères ne sont pas altérés, et la croissance des poils, qui le plus souvent sont blancs, ne se trouve nullement modifiée. Ces caractères permettent de distinguer facilement ces affections d'avec les cicatrices plates.

Des taches brunes ou noires produites par un dépôt considérable de pigment prennent différents noms : 1° *Chloasmata* [*Pigment*, Mutter oder Leberflecken, *Taches hépatiques* (1)]. Elles sont de la grandeur d'une pièce de cinq francs ou de la paume de la main, et même encore plus larges. On les observe au visage, particulièrement au front, sur le tronc et aux extrémités; elles ne s'accompagnent pas de desquamation. — 2° *Lentigines* ou *Ephélides* (Linsenflecke, Sommersprossen), *Taches de rousseur* (2). Ce sont des taches jaunes ou brunes, de la grosseur d'une lentille, qu'on voit presque toujours en grand nombre sur la figure et sur les membres. — 3° *Marques pigmentaires*, *Envies* (*Nœvus spilus*, Pigmentmaale) (3). Ce sont des taches brunes ou noires, le plus souvent arrondies, peu ou pas élevées au-dessus du niveau de la peau, et dont les dimensions sont celles d'une lentille ou d'une pièce de cinquante centimes. Elles sont généralement solitaires, et on les rencontre principalement à la face, au dos et aux extrémités.

Pendant l'évolution des taches hémorrhagiques, on observe, sur la surface cutanée, des colorations jaunes, bleues et vertes; elles sont toujours circonscrites au point où a eu lieu l'épanchement sanguin, et on les reconnaît facilement à ce que leur couleur n'est pas la même sur toute l'étendue de la partie affectée. Elles ont au contraire un aspect marbré, et l'on y retrouve le plus souvent les trois nuances que nous avons signalées plus haut.

Les taches qui sont uniquement bleues, quand elles disparaissent sous la pression du doigt, sont le résultat d'une congestion passive ou de la stase du sang ; elles surviennent principalement aux extrémités,

(1) Le nom de *Taches hépatiques* (Leberflecke) est venu de l'opinion erronée qu'elles sont occasionnées par les maladies du foie. Cette manière de voir est complétement fausse. Les maladies du foie, telles que l'atrophie de cet organe, peuvent déterminer la présence de dépôts pigmentaires bilieux sous la peau; mais dans ce cas il y a une coloration jaune ou brune de toute la surface du corps.

(2) Nous nous trouvons ici en présence d'une erreur encore plus généralement répandue : c'est que ces mêmes taches pigmentaires sont dues à l'influence des rayons solaires. Une observation attentive nous montre que ce n'est pas là leur véritable cause; nous en donnerons la preuve plus loin.

(3) Si le nom de *Nœvus* (*Envies*, Muttermaal) répond à une modification congénitale de la couleur d'une certaine partie de la peau, il ne peut pas s'appliquer exactement à la forme morbide que nous décrivons en ce moment; car ces taches morbides se voient très-rarement chez les nouveau-nés, mais elles se montrent presque toujours dans l'âge adulte. Dans notre Maternité, où nous comptons annuellement plus de 7000 naissances, on a de nombreuses occasions de se convaincre de ce fait.

à la face, aux mains ou aux pieds, toutes les fois qu'il y a gêne de la circulation.

Une coloration noire de certaines régions de la peau (*Nigrities partialis*, *Pannus melaneus*) se voit à la figure, sur l'aréole qui entoure le mamelon, sur la ligne blanche chez les femmes enceintes, et aussi sur le scrotum chez l'homme.

Les *Décolorations* (*Decolorationes*, *Dyschromasiæ*, Missfärbungen), c'est-à-dire des altérations plus ou moins uniformes dans la couleur de toute la surface de la peau, présentent des aspects variés. Il y en a de pâles, de livides, de couleur de cire, ayant la teinte dite cadavérique (Todtenfarbe), comme on l'observe dans la chlorose, l'anémie et les différentes cachexies. D'autres sont jaunes, vertes, brunes, grises et même noires ; elles sont occasionnées par l'accumulation de pigment dans la peau, de la matière colorante de la bile dans l'ictère, du nitrate d'argent dans l'argyrie, teint bronzé, et d'un excès de pigment cutané normal dans le melasma. Enfin il y a des colorations bleues plus ou moins foncées ou bleu noir qui sont produites par des troubles dans la circulation, qu'on désigne sous les noms de *Cyanose* ou de *Morbus cœruleus*.

Les taches présentent, dans leur marche et dans leur durée, de nombreuses différences. Celles qui caractérisent la roséole ou l'érythème disparaissent toujours promptement, soit qu'elles ne laissent pas après elles de traces de leur passage, ou qu'elles soient suivies de desquamation, de dépôts de pigment dans les parties qui avaient été primitivement le siége de la rougeur. D'un autre côté, les taches causées par la dilatation des vaisseaux capillaires sont presque toujours permanentes ; elles varient seulement dans l'intensité de leur coloration rouge et dans la teinte. Il en est de même des taches blanches, brunes et noires provenant de l'absence ou de l'accumulation de pigment ; elles éprouvent rarement des changements dans leurs nuances, bien qu'elles puissent se développer sur de plus grandes surfaces. Les colorations jaunes, bleues et vertes, qui sont le résultat d'une hémorrhagie, ont généralement une durée d'une à trois semaines, selon la quantité de sang extravasé. Pendant cet intervalle de temps, elles subissent plusieurs changements dans leur couleur : ainsi, au début ; elles sont d'un bleu rougeâtre ; elles deviennent ensuite bleues ou bleu noir, jaune verdâtre, et enfin tout à fait jaunes. Les colorations bleues ou cyanosées sont d'une durée correspondante à la cause qui les a produites ; et quand elles changent de place, elles disparaissent complétement, sans laisser après elles aucune trace de leur présence.

Il en est de même des autres formes de décoloration générale de la peau.

2° *Papule* (*Papula*, Knötchen, Blätterchen). — On donne ce nom à toute production morbide s'élevant au-dessus du niveau normal de la peau, dont la grosseur varie d'une graine de millet à celle d'une lentille, et qui ne renferme dans son intérieur aucun liquide, autant qu'il est permis d'en juger à l'œil nu.

Leur couleur peut être celle de la peau à l'état normal, ou d'une des nuances de la couleur rouge. Les papules peuvent également être blanches, livides, brunes ou noires.

Leur grandeur varie de celle d'un grain de millet (*milium*) (*Papulæ miliares, miliformes*) à celle d'une lentille (*lenticula*) (*Papulæ lenticulares*). On peut encore, pour indiquer leur volume d'une manière plus exacte, les comparer à la tête d'une épingle et à un grain de chènevis.

On les divise, quant à leur forme : en *Papules acuminées* (*Papulæ acutæ*), en *Papules plates* (*Papulæ planæ*), en *coniques* (*Papulæ conicæ*) et en *demi-sphériques* (*Papulæ globosæ*).

Les efflorescences papuleuses ont leur siége quelquefois dans les papilles cutanées, parfois dans les couches plus profondes de l'épiderme ; d'autres fois enfin, et c'est le plus souvent, dans l'appareil folliculaire de la peau. Ainsi, dans le premier cas, elles résultent de l'hypertrophie de papilles préexistantes ou de la formation de nouvelles papilles ; dans le second cas, elles sont produites par un dépôt d'exsudat dans le réseau muqueux ou par l'extravasation du sang dans ce même tissu. Dans d'autres circonstances, ce sont des glandes sébacées ayant subi une certaine dégénérescence ou distendues par la matière sécrétée qui détermine une élévation au-dessus du niveau de la peau. Enfin, et c'est le cas le plus ordinaire, le siége de la papule se trouve dans le follicule pileux, ou plutôt à la circonférence de son canal excréteur. Il est facile de se convaincre de ce que nous venons de dire, soit en observant à l'œil nu les maladies cutanées, soit en examinant à la loupe les papules, soit enfin en les étudiant au microscope, après les avoir enlevées (1).

(1) Ma manière de voir sur le mode de formation de ces papules (et vésicules) dont le siége se trouve à l'orifice du follicule pileux est la suivante. Comme tout le monde le sait, le canal pilifère est si complétement rempli par l'épiderme (appelé gaîne de la racine), qu'il n'existe pas d'espace libre entre le poil et la paroi folliculaire. Cette portion d'épiderme, ainsi formée à l'intérieur du follicule et qui le remplit, se continue sans interruption avec l'épiderme extérieur recouvrant les papilles adjacentes dont il provient. Maintenant, lorsque les vaisseaux qui nourrissent les glandes sébacées ou la racine du

Les processus pathologiques qui donnent naissance aux papules peuvent se réduire aux suivants :

a. Production anormale et accumulation de l'épiderme autour de l'orifice des follicules pileux. Les gaînes tubulaires épidermiques entourant les poils, qui, dans l'état normal, se détachent insensiblement, sont, dans l'état morbide, retenues dans le canal excréteur des follicules pileux. Ce phénomène a lieu d'abord dans la couche qui est en contact immédiat avec le poil; des couches successives s'ajoutent ainsi jusqu'à ce qu'il se forme une boule épidermique, consistant en anneaux concentriques, tantôt percée dans son centre par un poil, tantôt ayant au-dessous de lui un poil plus ou moins contourné en spirale et dont la sortie se trouve ainsi entravée. C'est ce qui constitue le *Lichen pilaris* de Willan.

b. Sécrétion excessive de sebum dur et altéré qui remplit et distend le canal de la glande sébacée ou du follicule pileux, et pousse devant elle le feuillet épidermique qui recouvre cet orifice (c'est ce qui produit ce que nous appelons les comédons blancs).

c. Dégénérescence de la glande sébacée et sa transformation en un corps dur, blanc, globuleux, de la grosseur d'un grain de millet. On l'observe chez les adultes, aux paupières, à la peau du pénis, au scrotum; elle est appelé *gratum* sive *milium*. Willan lui a donné, chez les enfants, les noms de *Strophulus albidus*, *S. candidus*.

d. Hémorrhagies dans le réseau muqueux : le sang s'extravase en formes de gouttes qui se coagulent, poussent devant elles la partie formée et produisent des papules. Cette affection est le *Lichen lividus* de Willan.

e. Exsudations, soit à la surface du corps papillaire, soit dans les follicules, suivant le procédé que nous avons décrit dans la note précédente.

poil laissent échapper une goutte d'exsudat dans l'intérieur du follicule, elle s'infiltre naturellement dans les cellules épidermiques qui sont en cet endroit. Mais n'étant pas retenue par ces cellules, cette goutte prend une direction déterminée par le mode de nutrition (« in der durch den Stoffwechsel gegeben Richtung »), c'est-à-dire qu'elle est poussée en avant vers les cellules immédiatement contiguës. Ce mécanisme se répète jusqu'à ce qu'enfin la goutte de matière exsudée ou de liquide sécrété arrive dans la couche cornée de l'épiderme, qui résiste à sa pression et empêche la marche progressive du liquide; car ces cellules se laissent plus difficilement pénétrer que les autres. Il se forme par ce procédé une petite saillie entourant le poil, et qui constitue de fait la *papule*. Si l'exsudation cesse, il ne se produit rien de plus que la papule, et elle disparaît promptement par l'évaporation ou l'absorption du liquide exsudé, et les feuillets de l'épiderme qui la recouvrent se détachent comme des écailles furfuracées. Si au contraire l'exsudation a continué et que plusieurs gouttes d'exsudat soient répandues dans le follicule, le liquide devient peu à peu visible sous l'épiderme, et il se produit alors l'efflorescence connue sous le nom de *vésicule*.

f. Hypertrophie des papilles du tac (comme, par exemple, dans l'ichthyose.)

g. Production de nouvelles papilles, analogues à celles de la peau à l'état normal, mais plus larges et généralement de forme acuminée, (par exemple, dans les condylomes et le frambœsia).

h. Contraction spasmodique du tissu cutané (due, soit à l'action des fibres musculaires organiques qui ont été découvertes dans sa substance, soit à la contractilité inhérente au tissu cellulaire), sous l'influence de laquelle les follicules pileux et leurs canaux excréteurs sont dilatés et viennent ainsi constituer une saillie au-dessus du niveau de la peau. C'est ainsi que se forment ces papules dont la coloration est semblable à celle de la peau, et qui sont connues sous le nom de *Chair de poule* (*Cutis anserina*, Gänsehaut, goose-skin).

NOTE.—Par suitede la nomenclature introduite par Willan, toutes les maladies cutanées caractérisées par la formation de papules *colorées*, survenant chez les adultes, seront appelées *Lichen;* tandis que toutes les efflorescences papuleuses qui surviennent chez les enfants prendront le nom générique de *Strophulus*. Quant aux papules ayant la même coloration que le reste de la peau, elles serviront à caractériser le *Prurigo*. Cette nomenclature paraît simple et rationnelle au premier abord; mais la présence de papules et les particularités relatives à leur forme et à leur couleur ne suffisent pas, à elles seules, pour établir le diagnostic d'une maladie. Pour la caractéristique d'une affection de la peau, il est nécessaire de tenir compte de sa physionomie générale (Gesammtbild) autant que pour le diagnostic de toute autre maladie interne ou externe. De plus, comme tous les phénomènes morbides ne se produisent pas tous en une seule fois, mais se succèdent, et dans un ordre régulier de développement, il est nécessaire, lorsqu'on veut établir le diagnostic de la maladie, de l'observer pendant toute sa durée. Cependant, quoique nous adoptions la nomenclature de Willan dans les maladies de la peau, nous ne l'emploierons que pour désigner leurs *formes*. Aussi longtemps, par exemple, que nous regarderons une affection papuleuse simplement comme un *symptôme*, nous lui donnerons le nom de *lichen;* mais si nous désirons indiquer une éruption papuleuse spéciale, il est indispensable d'ajouter au mot *lichen* une épithète le caractérisant avec plus de précision (*Lichen exsudativus*).

La marche et la durée des papules varient suivant les processus pathologiques auxquels ils doivent leur origine. Ainsi, celles qui sont le résultat d'une exsudation dans les follicules ont une durée très-limitée (de deux à quatre jours). Car si l'exsudation continue, elles se

transforment en vésicules ou en pustules, et même en tubercules. D'un autre côté, si elles tendent à rétrograder, elles s'affaissent graduellement, et le liquide qu'elles contiennent disparaît par absorption ou par évaporation, et une petite lamelle discoïde de l'épiderme qui, antérieurement, recouvrait la papule, constitue la seule trace de cette éruption. Plus tard elle tombe sous forme d'écaille, et ne laisse à sa suite aucune trace sur la peau, si ce n'est une légère teinte pigmentaire; et l'on aperçoit facilement l'orifice du follicule pileux qui est alors parfaitement libre. Les papules occasionnées par une hémorrhagie ont une plus longue durée, et celles qui sont dues à une accumulation de sebum ou à la dégénérescence des glandes sébacées persistent plus longtemps encore. Enfin, celles qui sont produites par l'hypertrophie des papilles cutanées, ou par des formations nouvelles de structure analogue, ont une durée indéfinie.

Remarque. — Le *Stigma* ou *Umbo* (Stippe, Punkt) doit être considéré comme une apparence morbide résultant de la réunion des deux formes d'efflorescences que nous venons de décrire. C'est une tache arrondie, circonscrite, rouge, pas plus large qu'une pièce de vingt centimes, au centre de laquelle se trouve une petite papule de la grandeur d'un grain de millet. On peut expliquer sa formation par la distension du canal excréteur du follicule pileux (voy. la première note), et le cercle rouge qui se trouve autour est produit par la congestion des vaisseaux qui se rendent aux glandes sébacées correspondantes.

Le *Stigma* est toujours une efflorescence passagère et nullement persistante; habituellement il précède la formation des papules, des vésicules ou des pustules, comme on l'observe, par exemple, dans la variole.

3° Le *Tubercule* (*Tuberculum, Nodus*, Knoten, Hübelchen) est une tuméfaction solide de la peau, produite par une maladie quelconque, ne contenant pas de liquide intérieurement, dont le diamètre peut être celui d'une lentille, d'un pois ou d'une noisette, et qui est recouverte par l'épiderme.

La coloration des tubercules correspond exactement à celle des papules, car ils peuvent présenter les différentes nuances de rouge, la coloration normale de la peau, ou enfin une teinte livide, blanche, brune ou noire, etc.

Quant à leur grandeur, on les distingue, comme nous l'avons indiqué précédemment, suivant que les tubercules sont de la grosseur d'une lentille, d'un pois ou d'une noisette; leur volume constitue la principale différence entre eux et les papules.

Leur forme est quelquefois semi-globulaire, d'autres fois conique; on en voit aussi de cylindriques et d'acuminés.

Les tubercules se développent dans les mêmes parties du tissu cutané que les papules. Leur processus pathologique est également le même, l'exception des contractions spasmodiques de la peau (décrites au paragraphe *h*). La différence consiste simplement dans ce fait, que ce n'est plus seulement un follicule pileux qui est malade, mais bien l'agglomération de plusieurs d'entre eux ; ou bien encore que ce n'est plus une seule glande sébacée, mais un groupe de ces glandes qui est le siége d'une dégénérescence. Il peut se faire enfin que la quantité d'exsudat répandu dans un follicule pileux ou dans une glande sébacée ou de sang extravasé dans les mêmes points, ou bien de sebum accumulé, soit assez considérable pour que l'efflorescence qui en résulte apparaisse plus volumineuse que celle de la papule; elle prend alors le nom de *tubercule*.

Un phénomène analogue se produit dans les hypertrophies, les néoplasmes ; seulement comme dans ces cas la portion de peau qui est atteinte est plus grande, il en résulte des affections plus étendues.

Les changements auxquels les tubercules sont sujets sont de diverses natures. Ils peuvent subir une transformation complète par le fait de l'absorption de la matière qu'ils contenaient et par la desquamation de l'épiderme. Ils peuvent s'indurer par organisation, par dessiccation ou par la transformation de leur parenchyme en matière crétacée ; ou bien enfin il peut y avoir ramollissement et suppuration du tubercule.

La durée des tubercules est en rapport avec les modifications que nous venons d'indiquer, mais dans tous les cas elle est plus longue que celle des papules.

4° *Élevures à la peau* (*Pom[illegible]ticæ*, Quaddeln).—On appelle ainsi des efflorescences solides, peu saillantes au-dessus du niveau de la peau, et dont le diamètre horizontal dépasse notablement le diamètre vertical.

Leur couleur est ordinairement rouge pâle ou rouge bleu ; ces élevures peuvent être aussi un peu plus pâles que la peau à l'état normal, et dans ce cas elles sont habituellement entourées d'un anneau rouge.

Leur grandeur dépasse rarement celle de l'ongle du pouce, et le plus souvent elles sont de plus petite dimension ; mais par la réunion de plusieurs d'entre elles, elles peuvent devenir plus larges que la paume de la main.

Leur forme se distingue en ce que quelques-unes de ces élevures

ressemblent généralement à un segment de sphère; il y en a cependant de plates, de striées, d'annulaires et d'autres de formes irrégulières.

Les couches superficielles de la peau, spécialement le corps papillaire et le réseau muqueux, ainsi que les tissus immédiatement adjacents aux follicules, sont le siége de ces élevures.

Parmi les processus pathologiques qui leur donnent naissance, le plus important est l'exsudation qui se produit, soit dans le tissu cellulaire entourant les glandes, soit dans le stratum superficiel de la peau (1).

Cependant l'hémorrhagie, si elle est tout à fait superficielle et abondante, amène aussi la formation de ces élevures. On prétend qu'elles peuvent encore être occasionnées par des spasmes du tissu dermique. Un caractère particulier de ces formes d'efflorescences est qu'elles ne sont sujettes à aucune métamorphose; elles n'ont alors qu'une durée très-courte et disparaissent sans être accompagnées même de desquamation.

5° *Tumeurs* (*Phyma*, Knollen). — Ce sont des enflures solides, de la grosseur d'une noix jusqu'à celle du poing, recouvertes par l'épiderme, et ayant leur siége dans les couches les plus profondes de la peau.

La coloration de ces tumeurs est ordinairement la même que celle de la peau; cependant on en trouve aussi de rouges et de brunes.

Pour indiquer leur grosseur, on les compare à une noix, à un œuf de pigeon, de poule, d'oie, ou au poing d'un enfant, ou à celui d'un homme. Quant à leur forme, elles sont, pour la plupart, semi-globulaires ou coniques; on en observe cependant de globulaires, de pédonculées, de cylindriques et d'aplaties. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les glandes sébacées sont le siége de ces affections.

Les processus pathologiques qui président à la formation de ces tumeurs sont les suivants : Accumulation de sebum dans les glandes sébacées fortement distendues (*tumores cystici*) ; dégénérescence de ces glandes (*molluscum contagiosum*) avec exsudation abondante et extravasation dans le chorion et dans le tissu sous-cutané; et enfin productions nouvelles formées dans la substance même de la peau.

De la nature des causes qui leur ont donné naissance dépend la durée de ces tumeurs, ainsi que leurs transformations ultérieures.

(1) « Si la congestion est liée a une plus forte exsudation dans les couches cellulaires qui entourent les glandes et y déterminent de la turgescence, il en résulte une élevure ». (Rosenbaum, « Zur Geschichte und Kritik der Lehre von den Hautkrankheiten.» Halle, 1844, p. 78.)

6° *Vésicules* (*Vesiculæ*, Bläschen). — On appelle ainsi des élevures de la couche cornée de l'épiderme contenant un liquide transparent ou laiteux; leur grosseur correspond à celle des papules.

La coloration des vésicules dépend de celle de leur contenu et de celle de leur base. Le liquide peut être limpide, trouble comme du petit-lait, ou mélangé à du sang; la base, de son côté, étant de couleur tantôt rouge, tantôt noire, il est donc évident que les vésicules elles-mêmes peuvent présenter ces différentes teintes. Un examen plus approfondi du liquide qu'elles contiennent montre qu'il a une réaction neutre ou alcaline, et qu'il consiste en un blastème renfermant des cellules de pus en petit nombre.

Le caractère essentiel de la vésicule est sa grosseur; car on ne donne ce nom qu'aux élevures de l'épiderme dont le volume varie de celui d'un grain de millet, de chènevis, d'une tête d'épingle à celui d'une lentille. Toutes celles qui sont plus grandes sont classées dans les bulles (Blasen).

Quant à la forme des vésicules, une distinction essentielle à observer c'est que, au sommet de quelques-unes, on trouve une petite dépression concave à sa surface, formant une fossette appelée *ombilic* (Delle) (1).

La plupart des vésicules ont plus ou moins la forme d'un segment, d'une sphère (*Vesiculæ globosæ*), mais on en voit aussi quelques-unes de coniques (*Vesiculæ conicæ*).

Leur siége est dans l'épiderme, entre sa couche cornée et sa couche muqueuse: et on les trouve toutes les deux dans les orifices des follicules pileux et dans les espaces interfolliculaires. Que les conduits en spirale des glandes sébacées puissent aussi être le siége de vésicules

(1) Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'origine de cette dépression. Quelques-uns, comme Eichhorn, Rokitanski etc., pensent que cette dépression provient de l'affaissement du centre de la vésicule et de son adhérence à la peau. D'autres prétendent que la dessiccation du contenu de la vésicule commence à son centre et qu'il s'y effectue un resserrement et par suite une dépression. Ces deux manières de voir sont contredites par cette simple observation que la formation de la dépression commence même durant le développement de la papule, et qu'elle ne persiste que jusqu'au moment où le liquide renfermé dans la vésicule est devenu jaune et purulent. D'ailleurs cette dépression n'existe que sur les vésicules provenant de papules qui se trouvent sur des régions où se rencontrent des follicules pileux; et, qu'elle appartienne à une vésicule ou à une papule, elle est traversée à son centre par un ou plusieurs petits poils, surtout en commençant.

Mon opinion sur la formation de cette dépression s'accorde avec celle de G. Simon (« Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert »; Berlin, 1851, pp. 97, 102, 131). Je la regarde, de fait, comme une conséquence directe du mode de formation de la vésicule, ce que j'ai expliqué en parlant de la papule.

La dépression est alors dans la plupart des cas causée par ce fait que l'exsudation qui

(ainsi que l'affirme Rosenbaum), c'est ce qu'on ne peut démontrer, ni sur le vivant, ni sur le cadavre, pas plus par l'observation à l'œil nu qu'à l'aide du microscope.

Par rapport aux processus pathologiques qui ont trait à la formation des vésicules, nous sommes d'avis qu'ils sont presque exclusivement de nature exsudative. L'hypersécrétion de sebum peut cependant donner lieu à une éruption ayant une forme vésiculaire, mais qui le plus souvent contient un liquide laiteux.

L'existence des vésicules dans leur état normal n'est jamais de longue durée. Ou la membrane éclate et permet au contenu de s'échapper au dehors ; ou le liquide disparaît par absorption ou dessiccation, laissant après lui la peau desséchée sous forme d'écailles; ou enfin le nombre des globules de pus augmente dans la sérosité, sa couleur change, elle devient jaune, puriforme, visqueuse, et ainsi la vésicule se transforme en pustule.

7° Les *Bulles* (*Bullæ*, Blasen) se distinguent des vésicules simplement par leur volume. La ligne de démarcation est tout à fait arbitraire, et leurs dimensions sont en général celles du tubercule. La définition de la bulle sera donc la suivante : élevure de l'épiderme dont la grosseur varie entre celle d'une lentille et celle d'un œuf d'oie, et contenant, dans son intérieur, un liquide transparent ou d'un jaune purulent.

Quant à leur couleur, ce que nous avons dit des vésicules s'applique aux bulles, avec cette différence, cependant, qu'on attache plus d'importance à la couleur et à la nature du liquide dans les vésicules que dans les bulles. Ainsi, par exemple, une grosse bulle peut être remplie d'un liquide purulent, sans pour cela être considérée comme une pustule, tandis que dans des conditions analogues la vésicule serait appelée pustule.

De même on trouve plus fréquemment un liquide séro-sanguin dans les bulles que dans les vésicules. Mais le sang seul, sans mélange, avec

produit la papule ou la vésicule, et qui pénètre entre les couches de l'épiderme, ne peut pas le soulever aussi facilement là où il est continu avec la gaîne de la racine du poil que dans les points où cette continuité n'existe pas.

Ainsi la formation de la dépression est la conséquence *nécessaire* du changement qui survient à l'orifice du follicule pileux par le développement de la papule ou de la vésicule. L'absence de la dépression est donc la preuve que ces efflorescences ne proviennent pas de la métamorphose des canaux excréteurs des follicules pileux, mais qu'elles ont leur siége dans une autre partie de la peau.

Une dépression apparente peut aussi se produire par la situation d'une efflorescence autour d'un point central qui est à l'état sain et ne présente aucune éruption ; mais une pareille dépression a une étendue proportionnelle bien différente de celle que nous trouvons dans l'ombilication proprement dite. Celle-ci ne représente jamais qu'un tout petit point, tandis que l'autre peut être aussi grande qu'un grain de millet ou même qu'une lentille.

de la sérosité ou du pus, ne forme pas des bulles, mais bien des tumeurs d'un rouge foncé ou noir (Knollen) ; car le sang extravasé au-dessous des couches épidermiques ne reste jamais liquide, mais au contraire est toujours coagulé. Le contenu des bulles a les mêmes caractères microscopiques que celui des vésicules, aussi longtemps qu'il reste transparent. La réaction chimique est aussi toujours faiblement alcaline ou neutre et jamais acide. Enfin il existe, particulièrement dans les grosses bulles, une quantité considérable d'albumine, et parfois on y rencontre aussi de l'urée et de l'acide urique.

D'un autre côté, les dimensions et la forme des bulles sont sujettes à des différences bien plus nombreuses que celles des vésicules. Ainsi nous trouvons des bulles de la grosseur d'une lentille, d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de pigeon, de poule, d'oie, et même de celle du poing ou de la paume de la main. Il en est de semi-globulaires,de globulaires et aussi de coniques ; quelques-unes sont tendues, d'autres molles ; il en est qui présentent une circonférence et une base circulaire ou ovale ; et, enfin, on en observe de polygonales, de rameuses, de pédonculées, d'arrondies ou de demi-arrondies.

D'ailleurs, en décrivant les bulles, il ne faut pas perdre de vue que quelques-unes sont entourées d'un cercle rouge (*areola*, Hof), tandis qu'il y en a d'autres qui manquent de ce caractère.

Relativement à leur siége et à leur mode de développement, il est à remarquer qu'elles sont placées entre les couches cornée et muqueuse de l'épiderme, et que le plus souvent elles proviennent de la réunion et de la fusion de plusieurs vésicules situées à côté les unes des autres.

Par rapport à leur durée et à leur évolution, les bulles se comportent de la même manière que les vésicules.

8° *Pustules* (*Pustulæ*, Pusteln). — « *Vesicula quæ pus fert est pustula* », telle est la définition que nos devanciers ont donnée de cette forme d'efflorescences. Ainsi la nature jaune et purulente du contenu d'une élevure de l'épiderme distingue une pustule d'une vésicule. Aujourd'hui nous donnons la définition suivante de la pustule : c'est un petit abcès recouvert seulement par l'épiderme. Ces deux définitions, du reste, sont également exactes.

La couleur fondamentale des pustules est toujours celle de la paille, car le liquide purulent qu'elles contiennent est une condition *sine quâ non* de leur existence ; mais le pus pouvant être mélangé de plus ou moins de sang ou de sebum, il en résulte qu'elles apparaissent, suivant ces circonstances, d'un jaune plus ou moins foncé.

Les différences qui existent dans leur volume et dans leur forme ont donné à Willan, comme on le sait, occasion de décrire différentes espèces de pustules. Jusqu'à présent on est peu disposé à attacher de l'importance à ces distinctions; je crois cependant utile de les introduire ici, par la raison que, aidé de ces dénominations spéciales, on peut indiquer d'une manière très-simple le volume d'une pustule dans les différents cas. En laissant de côté la phlyctène (1), qui doit être rangée parmi les vésicules, il reste encore trois formes de pustules: *Achor*, *psydraciée* et *phlysaciée*.

Sous le nom d'*Achor*, on entend une pustule ronde, de la grandeur d'un grain de millet, peu ou pas du tout élevée au-dessus du niveau de la peau, et généralement traversée par un poil. On rencontre l'achor particulièrement au cuir chevelu et à la figure. Par la dessiccation du pus qu'il contient, il se produit généralement une croûte granulée, couleur de miel, dont l'aspect particulier est probablement dû au mélange du pus avec le sebum. Willan considère comme une variété de l'achor le favus ou cérion, en partant de ce point que le favus (*Tinea favosa* seu *lupinosa*) provient de la dessiccation de cette espèce de pustule; ce qui cependant, comme on le sait, n'est pas exact.

La pustule *psydraciée* commence souvent comme l'achor, mais, lorsqu'elle a atteint son développement complet, elle est plus volumineuse et contient une plus grande quantité de pus. Ses bords ne sont pas arrondis et sont entourés d'une auréole rouge. Elle se dessèche et laisse après elle une croûte plus ou moins verdâtre; on la trouve principalement sur les membres.

Le mot *phlysacium* s'applique aux pustules qui sont au moins de la grosseur d'un pois, semi-globulaires, et qui ont par conséquent une base circulaire. Elles sont remplies de pus plus ou moins mélangé de sang, et laissent à leur suite des croûtes brunes ou noires, et, comme les psydraciées, se rencontrent seulement sur les membres.

Quant à l'umbilicus, on peut remarquer que, dans chacune de ces variétés, la dépression centrale se présente seulement au commencement de la pustule et disparaît toujours pendant son développement. Car, à mesure que la quantité de liquide contenu augmente, le sommet de la pustule se distend; et ainsi les processus de l'épiderme qui

(1) « Die Hautkrankheiten und ihre Behandlung », systematisch beschrieben von Robert Willan, etc.; aus dem Englischen von Fr. G. Friese, p. 40. Breslau, 1799.
Dans l'ouvrage anglais sur les *Maladies cutanées* (vol. I, introd., p. 13), Willan indique la phlysaciée, la psydraciée, l'achor et le cérion ou favus, sans parler de la phlyctène. (Note de l'édition anglaise, p. 15.)

ont formé l'umbilicus, et qui sont en connexion avec les follicules pilifères, se ramollissent et se rompent.

Outre ces formes, qui ont ainsi reçu des noms distincts, les pustules présentent encore plusieurs autres variétés. Ainsi, lorsqu'elles succèdent à d'autres éruptions, comme les papules ou les tubercules, leur base présente une infiltration rouge plus ou moins dure, qui a été appelée par Fuchs un pericarpium couleur de chair (Fleischiges Pericarpium.)

Le siége des pustules est toujours sous la couche cornée de l'épiderme; mais, quant à leur position au-dessus du chorion ou à leur situation plus ou moins profonde, on n'est pas parfaitement d'accord. Il ne faut pas oublier, cependant, que celles qui proviennent de papules ou de vésicules, occuperont naturellement la même place que les éruptions qui ont précédé leur formation.

Le processus pathologique qui détermine ces pustules peut ne pas être autre que celui qui préside à la formation du pus. Les éléments du pus (corpuscules élémentaires, nucléoles, cellules à noyau) se développent en réalité aussi bien dans les exsudations qui se produisent simplement au-dessous de l'épiderme que dans toutes autres exsudations où ils peuvent être déposés. Et ceci est également exact, soit que les pustules se soient montrées d'abord comme des taches, de très-petites papules, ou des taches avec un centre papuleux et non pas des simples taches; dans la variole, on nomme le commencement des papules se formant (Stippen) comme des papules, des tubercules, des tumeurs (Knollen), des vésicules ou des bulles. Ainsi donc les pustules peuvent se ranger parmi les formes d'efflorescences qui, pour la plupart du temps, proviennent d'éruptions préexistantes et de caractères différents, et, par conséquent, strictement parlant, elles ne méritent pas le nom de symptômes primaires dont la caractéristique est d'être produits par une cause morbide directe. Cependant, comme l'exsudation qui précède la suppuration sous l'épiderme, le plus souvent inaperçue jusqu'à ce qu'elle soit convertie en pus, révèle sa présence par sa couleur jaune, il arrive souvent que les pustules sont le premier phénomène morbide apparent; c'est pour cette raison qu'on doit les classer volontiers parmi les symptômes primaires des efflorescences.

II. — Phénomènes morbides secondaires, ou formes secondaires des efflorescences.

Comme nous l'avons déjà dit, nous comprenons par cette dénomination les phénomènes pathologiques qui ont lieu dans les tissus tégumentaires, non plus par le résultat direct de la maladie, mais par la métamorphose, le ramollissement, la dessiccation, la rupture, l'ulcération, l'épaississement, l'organisation des produits morbides déposés dans la peau. Voici les phénomènes qui rentrent sous cette catégorie :

1° L'*Excoriation* (*Excoriatio*, Hautabschürfung, Oberhautabschürfung) présente les caractères suivants qui la distinguent de l'ulcère. L'épiderme, ou tout au moins sa couche cornée est détruite; la couche muqueuse ou le chorion, qui n'a éprouvé aucune perte de substance, est visible, et la guérison arrive sous forme de cicatrice.

Les phénomènes par lesquels se manifestent les excoriations varient suivant qu'elles sont la conséquence d'éruptions préexistantes, ou occasionnées par la destruction directe de l'épiderme. En général, elles se présentent comme des points rouges, brillants, humides ou sanguinolents, dont les bords sont nettement séparés de l'épiderme environnant. Quelquefois elles sont immédiatement recouvertes d'une pellicule brune, provenant de la dessiccation d'un blastème, ou bien d'une croûte rougeâtre produite par le sang. D'autres fois elles restent longtemps dans des conditions anomales, constamment humectées par le liquide qu'elles sécrètent.

Les excoriations consécutives à des efflorescences préexistantes offrent de nouvelles variétés, selon qu'elles proviennent de la destruction et rupture de vésicules, bulles ou pustules, ou bien qu'elles sont occasionnées par la perte de l'épiderme recouvrant des papules, des tubercules ou des élevures à la peau. Dans le premier cas, elles sont plus étendues et sont généralement circulaires ou de forme discoïde. Leurs bords sont aussi parfaitement délimités par l'épiderme sain ; elles ne saignent pas, elles sont simplement recouvertes par une couche plus ou moins liquide de blastème. Dans le second cas, elles ont la forme de petits points, ou tout au moins ne sont pas plus larges qu'une lentille; elles sont rondes ou allongées, toujours sanguinolentes ou recouvertes d'une croûte formée de sang desséché.

Les excoriations qui résultent de la perte de l'épiderme sain ressemblent, sous beaucoup de rapports, à celles que nous venons de dé-

crire ; mais elles sont généralement plus larges, et les croûtes qui les recouvrent ont, pour la plupart, une grande épaisseur.

On est presque toujours à même d'indiquer avec précision la nature des causes qui ont produit les excoriations, en tenant compte des symptômes que nous venons de décrire et de la partie du corps sur laquelle on les trouve. En général, les excoriations ne se voient que là où la couche cornée de l'épiderme a été séparée de la couche muqueuse par l'exsudation qui s'est produite sous la première, ou bien dans les cas où l'épiderme a été séparé du chorion ou du réseau muqueux de Malpighi, par suite d'une violence extérieure.

Dans le premier cas, l'excoriation est précédée par une éruption, et les phénomènes déjà décrits se manifestent; dans le second, elle apparaît sur la peau saine, et son origine est alors la conséquence d'une friction, d'une pression ou d'une égratignure faite avec les ongles.

2° L'*Ulcère cutané* (*Ulcera cutanea*, Hautgeschwüre) est le nom qu'on donne à la perte de substance du chorion déterminée par une maladie de la peau, dans laquelle la reproduction des tissus détruits ne se fait que très-lentement, parce que le blastème sécrété n'a pas les propriétés nécessaires pour atteindre ce résultat.

Dans les ulcérations cutanées, on doit observer : leur siége, c'est-à-dire la portion de peau sur laquelle elles s'observent ; la nature de leur surface, de leur base et de leurs bords; l'état de la peau environnante ; la qualité du liquide sécrété ; leurs symptômes subjectifs ; si elles sont douloureuses ou insensibles.

Quant à leur forme et à leur configuration, les ulcères cutanés affectent de nombreuses variétés, suivant leur position, leur durée, la nature du processus qui leur a donné naissance et les différentes causes morbides qui les entretiennent. On pourvoit à l'indication de ces espèces par les noms de : *Ulcera cruris, syphilitica, chronica, indurata, inveterata,* etc. Cependant ces expressions ne désignent pas autre chose que les différents états accidentels de l'ulcère, et l'on ne peut que dans un petit nombre de cas les regarder comme les noms de maladies ayant des caractères spécifiques. L'ulcère syphilitique est une de ces exceptions.

3° Les *Fissures* (*Rhagades, Rhagadia, Rimæ cutis,* Hautschrunden) sont des déchirures de la peau allongées, ordinairement linéaires, qui peuvent atteindre l'épiderme seul ou aller jusqu'au chorion. Elles sont quelquefois sèches ou accompagnées d'un écoulement sanguin ou séro-sanguin. Ces fissures surviennent dans des régions où la peau est en même temps sujette à la sécheresse ou à l'infiltration et exposée

à des distensions et à des tiraillements, comme cela arrive aux doigts, aux coudes et aux genoux.

4° Les *Squames* (*Squamæ*, Schuppen) sont des pellicules épidermiques de diverses dimensions qui se détachent en partie ou en totalité de la peau, par suite des conditions morbides de cet organe.

Leur forme, leur grandeur, leur épaisseur, leur densité et leur couleur sont sujettes à de nombreuses différences. On en rencontre de plates, d'élevées; elles peuvent être semblables à de la poussière, à du son, ou bien avoir l'étendue de la paume de la main, ou même encore présenter la forme de certaines parties du corps, par exemple celle des doigts. Quelques-unes sont aussi minces qu'une feuille d'or battu, d'autres ont plusieurs lignes d'épaisseur. Quelquefois elles sont molles et flexibles, d'autres fois dures et friables. Enfin, elles peuvent avoir la même couleur que le reste de l'épiderme, ou bien être blanches, jaunes, vertes, brunes, noires, etc.

Le processus qui donne lieu à la desquamation de l'épiderme peut affecter un espace plus ou moins grand. Lorsqu'il existe comme maladie indépendante, c'est-à-dire quand il n'est précédé ou accompagné d'aucune autre affection cutanée apparente, il prendra le nom de *Pityriasis*, tandis que le même phénomène sera dénommé *Desquamation* (*Desquamatio*, Abschuppung), quand il sera la conséquence d'une autre maladie de la peau.

De plus, la desquamation se subdivise , en *Desquamatio furfuracea*, quand les écailles sont petites et semblables à de la farine ou à du son; en *Desquamatio membranacea*, quand l'épiderme se détache en larges fragments membraneux; et enfin en *Desquamatio siliquosa*, forme rare, dans laquelle les élévations épidermiques sont occasionnées par l'exsudation d'un liquide intérieur, et qui persistent ensuite comme des espèces de cosses vides, après que le liquide s'en est échappé ou a été absorbé.

5° Les *Croûtes* (*Crustæ*, Krusten, Borken, Grinde) sont des masses solides formées à la suite de maladies de peau par dessiccation des liquides exsudés ou du sang extravasé. Elles présentent des aspects différents suivant les causes qui y ont donné lieu. Ainsi, une exsudation séreuse produit par sa dessiccation simplement une écaille unie et brune ; tandis que le sebum, par lui-même ou mélangé à du pus, se dessèche toujours en laissant après lui une croûte jaune semblable à du miel ou à de la gomme. Celles qui sont formées seulement de pus ont une nuance verdâtre qui, par la présence du sang, peut devenir brune et même noire.

L'épaisseur ou la hauteur des croûtes dépend en partie de leur durée et en partie de la rapidité avec laquelle l'exsudation s'est épanchée. En général, les croûtes sont d'autant plus élevées, que leur formation a été lente et de longue durée, tandis que les exsudations qui ont lieu rapidement ne produisent que des croûtes minces. Certaines croûtes sont plates, d'autres sont élevées ou même coniques, et quelquefois on observe qu'elles ont une apparence conchoïdale, scutiforme ou cupuliforme.

6° Les *Croûtes lamelleuses* (*Crustæ lamellosæ*, Schuppengrindc), ainsi que leur nom l'indique, occupent une position intermédiaire entre les écailles et les croûtes. Elles consistent en couches d'épiderme, de sebum, de sécrétion sébacée sèche ou d'exsudation inflammatoire superposées les unes aux autres dans le stratum, de sorte qu'il n'y a pas grande différence dans leur composition. On les reconnaît aisément à leur apparence aplatie, à la couleur de leur surface, qui, le plus souvent, est d'un jaune blanchâtre, à leur structure en lames et aux différences de couleur existant entre leurs diverses couches.

Leur développement est limité, dans certaines circonstances, où une petite quantité de sebum ou d'exsudation est déposée sur le même point à intervalles réguliers, pendant lesquels l'épiderme a le temps de se reproduire sous ces diverses matières épanchées.

Des exemples de croûtes lamelleuses se trouvent dans les couches plates de sebum, d'une coloration jaune pâle, pouvant aller jusqu'au noir, qu'on observe sur la tête des enfants malpropres ; on voit encore des phénomènes semblables dans la séborrhée capillaire (*Seborrhœa capillitii*), et enfin dans les plaques petites et minces, jaunes ou brunes, qui existent dans le *Porrigo scutulata* (*Herpès tonsurant*).

7° Les *Cicatrices* (*Cicatrices*, Narben) sont des tissus qui viennent remplacer des portions de peau détruites. On les distingue de la peau à l'état normal, par leur dureté plus grande, leur aspect poli et brillant, et par l'absence de pigment, de poils et d'ouvertures glandulaires à leur surface.

La formation du nouveau tissu qui donne naissance aux cicatrices répare la perte de substance de la peau, en régénérant seulement les parties qui constituent sa structure fondamentale, éléments du tissu conjonctif. Les autres éléments qui sont spéciaux à la peau, les papilles, les poils et les glandes sébacées, ne se reproduisent pas sous l'influence de ce processus.

Les particularités de formes de certaines cicatrices dépendent moins de la nature du mal qui a amené la perte de substance que des cir-

constances qui ont accompagné la cicatrisation. De là il résulte que *la cicatrice ne présente aucune marque positive permettant d'établir avec certitude la nature du mal qui l'a occasionnée.* En d'autres termes, *il n'y a pas de cicatrices caractéristiques.* La cicatrice peut avoir le même aspect poli, soit qu'elle provienne d'une blessure, d'une ulcération, d'une brûlure ou d'une corrosion, etc., pourvu que la guérison se soit opérée sans une trop grande production de tissu conjonctif, ou que, par l'intervention de l'art, on ait pu le maintenir dans de justes proportions. D'un autre côté, les mêmes accidents peuvent déterminer des cicatrices saillantes, funiliformes (en forme de cordons), radiées (rayonnées), infundibuliformes, etc., suivant le caractère particulier de la perte de substance, ou suivant que la cicatrisation s'est faite spontanément ou qu'elle a été mal soignée, empêchant ainsi le développement uniforme des granulations.

L'âge des cicatrices établit des variations dans leur couleur. Celles de formation récente ont, pour la plupart, une surface rouge pâle, et les vaisseaux sanguins qu'elles contiennent apparaissent souvent sous l'épiderme sous forme de lignes rouges. Les anciennes cicatrices contiennent parfois du pigment, et d'autres fois ont un aspect parfaitement blanc et brillant.

Quant aux symptômes subjectifs auxquels elles donnent lieu, la plupart des cicatrices sont moins sensibles que la peau à l'état normal; on en trouve cependant quelques-unes qui sont extrêmement douloureuses.

III. — Distribution des efflorescences sur la peau.

Les formes d'efflorescences primaires et secondaires que nous avons décrites dans la partie précédente présentent diverses variétés dans leur mode de développement et de distribution, et les affections qu'elles constituent peuvent offrir différentes particularités dans leur configuration (Zeichnung).

Ces dessins (Zeichnungen) ont été considérés comme étant en connexion intime avec la nature essentielle de la maladie; et l'on s'en est servi comme de noms, pour désigner les variétés des affections de la peau, tandis que pour les genres on s'est basé sur la forme des efflorescences primaires. Ainsi les dermatologistes étaient d'avis que les changements dans les relations mutuelles des éléments d'une éruption

étaient liés aux altérations dans la nature de la maladie. Ils donnaient comme exemple ce qu'on observe dans les plantes, chez lesquelles les différences de position des feuilles et des fleurs servent à caractériser des variétés du même genre. Mais la comparaison est défectueuse, car dans les maladies de la peau les relations mutuelles des diverses parties de l'éruption sont parfois tout à fait accidentelles, et par conséquent variables; d'autres fois elles dépendent de lois qui sont entièrement distinctes de celles que ces auteurs regardent comme déterminantes. Si nous essayons d'approfondir ces lois, nous trouvons que les configurations particulières des efflorescences, dans certaines maladies de la peau, viennent en partie de la disposition anatomique des vaisseaux et des nerfs, en partie du mode de propagation de ces maladies, *per contiguum*, d'un point à un autre. Mais ces conditions sont bien loin d'expliquer toutes les particularités des relations réciproques existant entre les diverses parties d'une efflorescence, et dans bon nombre de cas nous sommes obligés de les attribuer au hasard, ou de confesser notre ignorance des lois qui les produisent.

Si nous essayons d'appliquer à des notions précises les différents noms employés par les auteurs dans la désignation des lésions des maladies de la peau, nous arrivons à peu près à ce qui suit:

Chaque efflorescence, quelle que soit sa forme, consiste en éléments (qui peuvent devenir des caractères différentiels, sans cependant se ressembler nécessairement), soit isolés et entourés de peau normale, soit groupés ensemble, et déterminant ainsi une modification dans leur forme primitive, qui peut même entièrement disparaître. On est donc conduit à diviser les efflorescences en *Efflorescences isolées* (*Efflorescentiæ discretæ*), et en *Efflorescencee agglomérées* (*Efflor. confertæ*).

Ces noms ne sont pas les seuls employés pour indiquer ces différences; on trouve dans quelques livres les épithètes de *solitarius*, *sparsus*, *intertinctus*, *disseminatus*, *punctatus*, *guttatus*, *monocarpus*, etc., qui toutes ont la même signification que le mot *discretus:* c'est pourquoi nous les considérons tous comme synonymes. Nous avons encore les mots *confluens*, *aggregatus*, *diffusus*, qui ont la même signification que *confertus*, quand ils sont appliqués aux maladies de la peau.

Mais il en est tout autrement pour les désignations qu'on emploie en vue de caractériser la physionomie d'une maladie de la peau résultant de la situation mutuelle des différentes efflorescences (die besondere Krankheitsbilder). Ainsi on se sert du mot *corymbosus* pour indiquer les efflorescences qui forment des groupes, comme dans l'herpès. On appelle *orbicularis*, *circinatus*, *centrifugus* et *annulatus* ou

annularis, celles qui sont disposées en cercle, comme on le voit dans le psoriasis, la roséole, l'érythème, etc. (1).

L'épithète *iris* appartient à ce phénomène morbide qui se distingue par des anneaux concentriques, ou par un cercle dont le centre est lui-même le siége d'une efflorescence; on en voit des exemples dans l'herpès, l'érythème, etc. Le terme *gyrus*, *gyratus*, s'applique à des segments de cercle qu'on trouve, soit isolés, soit en groupes, de manière à présenter une disposition serpentine; on les trouve dans le psoriasis, l'érythème, etc. Les mêmes phénomènes ont reçu le nom de *serpiginosus* quand ils appartiennent aux ulcères ou bien à des productions saillantes de tissu nouveau, comme on en voit dans le lupus ou dans les ulcères syphilitiques serpigineux.

Discus (Scheibe), *discoides*, *nummularis*, sont les noms donnés à ces efflorescences dont l'aspect est celui d'une pièce de monnaie ou d'une plaque ronde, et la désignation de *scutulatus*, *scutiformis*, s'applique à celles des affections de la peau dont la forme, quoique ronde, n'est ni discoïde, ni nummulaire, mais a l'apparence d'un bouclier ou d'une cuiller arrondie, c'est-à-dire dont le centre est déprimé. On en trouve des exemples dans le favus, le psoriasis, etc.

On donne le nom de *circumscriptus* à celles de ces efflorescences dont les bords sont parfaitement séparés de la peau saine adjacente; et celui de *marginatus* quand la délimitation n'est pas parfaitement tranchée, ou même lorsqu'elle n'apparaît que d'un seul côté, et que l'autre pâlit graduellement, se fond avec la peau et finit par disparaître (wie verwaschen endet). Les taches rouges (fleckige Röthungen) qui se présentent avec des intervalles de peau saine ont reçu le nom de *variegatus*, pour les distinguer de celles qui sont répandues uniformément sur la peau et auxquelles on a donné celui de *levigatus*. Les qualifications de *figuratus*, d'*agrius*, ne correspondent à aucun caractère particulier, mais sont appliqués arbitrairement par différents auteurs, tantôt à l'une, tantôt à l'autre des formes de maladies cutanées.

Certaines expressions s'emploient pour désigner la couleur ou d'autres modifications tenant au temps présent; tels sont les noms: *inveteratus*, *acuminatus*, *verrucosus*, *mucosus*, *granulatus*, *tumidus*, *fun-*

(1) Il serait utile et désirable d'indiquer par des noms distincts les différences existant dans la nature de ces cercles; car quelques-uns sont constitués par l'arrangement des éléments individuels de l'efflorescence qui forment un cercle autour d'un centre idéal: pour ces cercles nous voudrions qu'on employât l'épithète de *circinus*, *circinatus*. Tandis que les noms d'*annulus*, *annulatus*, *annularis*, devraient être appliqués à ceux qui sont le résultat d'éruptions discoïdes commençant par le centre et arrivant à la formation d'un anneau.

gosus, *exuberans*, *excorticans*, *rodens*, *exedens*, *sordidus*, *lactifluens*, *madescens*, *siccus*, *microcarpus*, *macrocarpus*, *amiantaceus*, *prominens*, *lenticularis*, *miliaris*, *tuberosus*, *flavescens*, *nigricans*, *melanodes*, *albidus*, *ruber*, *amorphus*, *crystallinus*, *coniformis*, *globulosus*, *pemphigodes*, *fimbriatus*, *suberinus*, *achatinus*, *escharoticus*, etc. Il y en a d'autres qui s'appliquent à l'âge et au sexe du malade, comme : *neonatorum*, *infantilis*, *puerilis*, *adultorum*, *senilis*, *virilium*, *muliebrum*, etc. D'autres indiquent les régions du corps où siége la maladie : *capillitii*, *faciei* ou *facialis*, *larvalis*, *labialis*, *cervicalis*, *mammarum*, *pectoralis*, *abdominalis*, *extremitatum*, *brachialis*, *palmaris*, *femoralis*, *plantaris*, etc. D'autres ont rapport à la durée de la maladie : *fugax*, *ephemerus*, *acutus*, *chronicus*, *volaticus*, *perstans*, etc. D'autres enfin désignent plus particulièrement les lieux géographiques où elle se produit : *septentrionalis*, *tropicus*, *Aquitanicus*, *Asturiensis*, *Lombardicus*, *Bothnicus*, *Ethonicus*, *Sibiricus*, etc.

Tous ces termes n'ont pas pour nous plus de valeur que n'en comporte le sens des mots. Ils peuvent être employés comme moyen de définir avec plus de précision les phénomènes plus ou moins accidentels (et par conséquent nullement caractéristiques) qu'une efflorescence peut offrir à un moment donné ; mais il ne faut pas les employer (comme l'ont fait Willan et ses imitateurs, avec ou sans modification) pour dénommer les diverses variétés d'un genre. Dans l'histoire naturelle des minéraux, des plantes et des animaux, on se sert avec raison de pareilles dénominations; aussi les anciens dermatologistes qui ont comparé les différentes efflorescences cutanées aux fleurs et aux fruits en ont fait dériver les principes de nomenclature qu'ils ont adoptés pour les maladies de la peau ; mais ils ont certainement commis une erreur.

Nous n'attachons donc pas la même valeur que nos devanciers et nos contemporains aux dénominations usuelles des dermatoses pour lesquelles un nom spécial aussi bien que générique est invariablement employé. Tout au contraire, en nommant une affection de la peau, nous nous contentons de nous servir d'un seul mot, à moins que nous ne considérions l'adjonction d'une épithète comme nécessaire pour définir plus exactement la nature du mal. De fait nous adoptons la nomenclature qui est maintenant généralement employée pour les autres maladies du corps humain.

Par les mêmes raisons, nous nous opposons à ce qu'on donne un nom générique à une affection cutanée, simplement parce qu'elle est localisée, sur un point spécial de la peau ; car chaque éruption peut survenir

sur n'importe quelle portion de l'enveloppe tégumentaire, si celle-ci présente les conditions anatomiques nécessaires à son développement. Il est donc inadmissible d'imposer un nom à une maladie, uniquement par rapport à son siége. Aussi les noms de *Tinea*, *Porrigo*, *Crusta, lactea*, *Mentagra, Pygagria*, *Palmaria*, etc., devraient être transportés dans le domaine de l'histoire.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC, ÉTIOLOGIE, TRAITEMENT ET CLASSIFICATION DES MALADIES DE PEAU EN GÉNÉRAL.

I. — Diagnostic.

Pour reconnaître une maladie de peau, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à d'autre examen qu'à celui des symptômes objectifs qui sont perceptibles à la surface du corps. Nous n'attachons aucune importance, soit à l'histoire, soit aux phénomènes subjectifs indiqués par l'investigation d'une affection cutanée; nous devons être seulement guidés par les symptômes appréciables à la vue, au toucher et même quelquefois à l'odorat. Nous trouvons là des bases certaines et infaillibles pour le diagnostic, car ils ont leur origine dans la maladie elle-même. Ils sont, si l'on peut s'exprimer ainsi, l'alphabet dont les lettres sont tracées sur la peau, et notre tâche consiste à déchiffrer l'écriture.

Pour atteindre ce but, il est une méthode propre à l'investigation de chaque maladie cutanée; il est certaines règles à suivre dans l'exploration de la surface de la peau, quand elle est affectée.

Avant tout, il faut examiner le corps entier, même dans les cas où la maladie se trouve nominalement ou réellement confinée en un point particulier; car il arrive fréquemment que la maladie (das Krankheitsbild), quand on envisage toute la surface cutanée, prend un aspect différent de celui qu'elle aurait offert si l'on s'était borné à examiner les parties indiquées par le malade comme son seul siége. En se conformant à cette règle, on arrive à trouver des points de repère bien différents et beaucoup plus certains pour le diagnostic des maladies de la peau qu'on ne pourrait le faire en agissant autrement.

Il ne faut pas objecter qu'un pareil examen, possible dans un hôpital,

présente des difficultés dans la pratique privée, surtout lorsqu'il s'agit des femmes. C'est une erreur que de soutenir cette opinion. Tout d'abord la décence doit être respectée, même dans les hôpitaux, et quant à nous, nous n'employons jamais aucun procédé qui puisse blesser la bienséance ou la pudeur. Il n'est pas nécessaire de faire l'exploration de la peau de manière qu'il en résulte une gêne pour le malade. On doit passer en revue successivement les principales parties du corps dans leur ordre anatomique, sans toucher aux parties génitales et à la poitrine; dans le cas, cependant, où ce serait nécessaire, leur exploration doit se faire en dernier lieu, et alors tous les malades se soumettront volontiers à toutes les recherches entreprises dans l'intérêt de leur santé.

La lumière du jour et une clarté suffisante sont indispensables pour une observation complète du tégument externe. Quelque brillante que soit la lumière artificielle, qu'elle provienne de bougies, de lampes ou de gaz, elle change toujours l'aspect de la peau, qu'elle soit saine ou malade, elle la fait en général paraître plus pâle que si on l'examinait à la clarté du jour.

Un autre point, qui peut avoir une importance considérable dans l'étude des affections cutanées, c'est la chaleur de l'air, car une température plus élevée ou plus basse modifie la coloration de sa surface. La température la plus convenable est celle des appartements, environ + 15° Réaum. (+ 66° Fahr.). Par la même raison, il faut éviter de faire le diagnostic d'une affection de la peau pendant ou immédiatement après un bain froid ou chaud.

En tenant compte de ces considérations, on peut procéder à l'examen, et en cela nous n'avons pas pour objet, comme on pourrait le supposer, de chercher à trouver une *efflorescence primaire* réelle ou imaginaire, mais plutôt de nous en tenir à la *physionomie générale de la maladie* (das Gesammtbild), sans nous laisser abuser par des symptômes particuliers, lors même qu'ils seraient très-marqués. Voici les principaux points sur lesquels nous appelons l'attention :

1. Dans l'examen de la *surface* cutanée, il faut observer si elle est unie, molle, égale, huileuse, sans écailles et sans croûtes, ou bien si elle est dure, fendillée, inégale, sèche ou recouverte d'écailles. Il faut aussi observer si les lignes et les sillons naturels ne sont pas trop superficiels, trop profonds, trop rapprochés ou trop éloignés les uns des autres; dans quel état se trouvent les pores de la peau, s'ils sont facilement perceptibles, perméables ou oblitérés, et enfin si la croissance des poils est régulière, s'ils sont trop abondants ou s'ils manquent

complétement. Car, de ces différentes circonstances, nous pourrons tirer certaines conséquences sur les changements pathologiques survenus dans les tissus cutanés.

Ainsi la peau, à l'état normal, est unie, douce au toucher, a un léger vernis huileux, et la chute de l'épiderme s'effectue sans desquamation appréciable. Les lignes et les sillons qui existent à sa surface sont légèrement prononcés et distants les uns des autres d'un millimètre environ. Les ouvertures des conduits sébacés et sudoripares, ou des pores cutanés, comme on les appelle, sont invisibles sur quelques points, tandis que, sur d'autres, elles apparaissent comme de légères dépressions éloignées les unes des autres d'environ 2 millimètres. La quantité de poils varie suivant le sexe et suivant la couleur, mais elle se maintient dans de certaines limites, au point de vue de leur nombre et de leur nature.

Par contre, lorsque l'épiderme se trouve développé d'une manière anormale, la surface de la peau peut être rugueuse, inégale, sèche, fendillée, crevassée et recouverte de squames de couleur et d'épaisseur variables (comme on le remarque dans le pityriasis, l'ichthyosis, le prurigo, etc.). Les lignes et les sillons peuvent être d'une profondeur anormale et séparés les uns des autres par des papilles hypertrophiques à la distance de 2 ou 3 millimètres. Les ouvertures des follicules peuvent être obstruées par du sebum et dilatées comme dans la séborrhée. Enfin, les poils peuvent tomber ou se développer imparfaitement; ils peuvent aussi devenir plus épais et exister cependant en très-grand nombre.

2. Relativement à la coloration de la peau, il faut considérer si le pigment est en quantité surabondante, s'il manque ou s'il est inégalement réparti, si la surface de la peau est d'une coloration rouge anormale, soit par places, soit dans toute son étendue; ou enfin si elle est plus pâle qu'à l'état normal.

Ainsi donc, en ce qui concerne le pigment contenu dans la peau, il faut examiner s'il est uniformément distribué ou s'il est accumulé sur certains points plus ou moins étendus. Il est nécessaire de s'assurer si la pigmentation correspond à la race d'hommes à laquelle l'individu appartient, à son âge, à son sexe, à sa résidence, à ses occupations, aussi bien qu'à la couleur de ses cheveux et à l'époque de l'année, etc.; ou bien s'il existe quelques déviations de ces conditions normales; ou apprécier encore, pour ce qui concerne l'intensité de la pigmentation, si l'épiderme a simplement une teinte jaunâtre, brune ou noir sale. La pigmentation peut encore être insuffisante, soit sur toute la sur-

face, soit seulement sur certains points. Nous avons alors à examiner si, outre cette absence partielle, le pigment ne se trouve pas accumulé sur d'autres points. Enfin, en dernier lieu, on doit observer si les parties où ces phénomènes se présentent sont dégarnies de poils, ou si, au contraire, elles en sont couvertes, et si leur couleur blanche ou foncée correspond à celle de la surface sur laquelle ils se trouvent.

Il est excessivement difficile d'établir une règle pour la pigmentation de la peau d'une personne à l'état normal; bien des circonstances peuvent amener des modifications. On peut dire, cependant, que la peau saine des individus de notre race, c'est-à-dire de la race caucasienne, présente habituellement une coloration uniforme, chamois pâle; on ne remarque que sur quelques points des taches plus foncées, comme au mamelon, aux grandes lèvres et au scrotum.

Toute coloration *irrégulière* doit être regardée comme morbide, qu'elle soit circonscrite ou répandue, que la peau ait une couleur plus foncée ou plus pâle qu'elle ne devrait l'avoir, qu'elle se trouve dégarnie de poils ou bien qu'elle en soit recouverte. Ces altérations se remarquent dans les maladies nommées *Lentigines*, *Ephelides*, *Chloasmata*, *Nœvi spili* et *verrucosi*, *Vitiligines*, *Achromasiœ*, etc.

On peut dire la même chose de toutes les colorations et décolorations (*Decolorationes*, *Dyschromasiœ*) qui occasionnent des différences sensibles dans la couleur normale de la peau, lors même que les conditions morbides se trouvent uniformément répandues sur toute la surface du corps.

Dans les cas où la peau présente une coloration rouge, cela tient à ce que les vaisseaux capillaires sont plus ou moins injectés, ou au sang extravasé. On se sert de la pression du doigt pour apprécier la cause de ce phénomène. Si la rougeur disparaît sous l'influence de la pression, ce qui naturellement ne peut s'observer qu'au point où elle s'exerçait, c'est une preuve que le sang n'est pas extravasé, mais qu'il est simplement retardé dans sa marche et accumulé dans les vaisseaux capillaires cutanés. Cet état est désigné sous le nom d'hypérémie et de stase du sang. Si, au contraire, la place rouge ne change pas de couleur quand bien même la pression est très-forte, la rougeur alors est produite par du sang extravasé : c'est donc une preuve qu'il y a eu hémorrhagie.

Remarque.— En dehors de ce fait que nous signalons, savoir, que la rougeur de la peau est déterminée par hypérémie ou hémorrhagie, la pression du doigt ne nous est plus d'aucun secours dans le diagnostic. Il nous a été impossible d'arriver à la constatation de ce phénomène signalé

dans la plupart des livres de médecine, savoir : lorsque la pression disparaît, la réapparition de la couleur rouge s'opère tantôt du centre à la périphérie, tantôt de la périphérie au centre. Cette appréciation peut être le résultat d'une erreur involontaire, ou tenir aux inégalités de la surface comprimée ou au mode de pression employé. Ainsi, en exerçant une pression sur une large surface plate comme l'intérieur de la cuisse, avec un corps dur et convexe comme l'extrémité du doigt appliqué perpendiculairement, le centre se trouvera naturellement soumis à une plus forte compression que la périphérie. Plus la pression aura été intense sur les vaisseaux cutanés, plus il leur faudra de temps pour se remplir de nouveau de sang. Alors la rougeur apparaîtra d'abord à la périphérie qui a été soumise à la pression la moins forte et ensuite au centre qui a été le plus comprimé ; en d'autres termes, la rougeur reviendra de la circonférence au centre. La même chose se présentera lorsqu'une surface dure et convexe, comme celle du thorax, sera comprimée par un corps plat ou presque plat, comme l'extrémité pulpeuse du doigt.

D'un autre côté, la pression exercée sur une surface concave, comme l'aine, à l'aide d'un corps plat, se fera sentir plus à la périphérie qu'au centre, et, dans ce cas, la rougeur reviendra d'abord au centre et ensuite à la circonférence.

3. Dans l'étude des affections cutanées, on doit accorder une grande attention au volume de la partie, à l'épaisseur et au degré d'infiltration de la peau.

Les changements qui surviennent sur certains points de la peau ne peuvent pas échapper à l'observation, surtout quand ils ne sont pas symétriques, car nous avons toujours alors un terme de comparaison dans la partie opposée qui est restée saine. Pour se rendre compte de l'épaisseur de la peau, le meilleur procédé est de faire un pli en la soulevant, et de comparer le diamètre transversal avec celui de la partie correspondante sur le côté opposé du malade, ou bien avec celui d'une personne en bonne santé. Par ce même moyen, on peut également se rendre compte du degré d'infiltration de la peau.

4. Il est de la plus haute importance d'étudier la démangeaison chez les malades, car on s'affranchit ainsi des renseignements qu'ils fournissent sur les sensations subjectives déterminées par le prurit (personne ne se gratte sans nécessité) ; la connaissance approfondie des phénomènes occasionnés par le grattement apporte un élément positif ou négatif, d'une grande valeur pour le diagnostic. Nous savons que certaines maladies, telles que la gale, l'eczéma, le prurigo, l'urticaire,

sont toujours accompagnées de démangeaisons, tandis que d'autres, comme les syphilides, ne le sont jamais.

La présence ou l'absence du prurit nous mettent à même de ranger une affection cutanée dans l'un ou l'autre de ces groupes.

Si l'on veut donner une description complète des excoriations produites par le grattement, surtout quand il a lieu au moyen des ongles, il faut en distinguer plusieurs variétés, suivant l'intensité des désordres occasionnés dans les différents tissus de la peau ou d'après l'importance des changements pathologiques qu'ils ont subis.

Dans le premier cas, nous remarquons la participation des papilles, qui, se traduisant par l'hypérémie de leurs vaisseaux, se présente avec une rougeur striée ou diffuse (*Erythema urticans*). Les follicules tuméfiés par l'exsudation périphérique forment des élevures au-dessus du niveau de la peau, ayant l'aspect de papules rouges (*Lichen urticatus*) et de plaques (*Urticaria subcutanea*). Un grattement répété détermine une exsudation plus abondante qui, pénétrant entre les couches de l'épiderme, le soulève et produit des vésicules dont la périphérie et la base peuvent être rouges ou ne pas l'être; c'est un *Eczema*. Si le contenu des vésicules devient purulent, elles forment alors des pustules de différent volume; dans ce cas, c'est un *Ecthyma*.

L'effet du grattement, sur l'épiderme, est de le déchirer, de le lacérer à une plus ou moins grande profondeur; de produire, en d'autres termes, des *excoriations*, ou simplement de donner à la peau une coloration plus foncée, par *surabondance de pigment*.

En ce qui concerne ces excorations, on nous permettra d'établir trois degrés (1) qui, basés sur l'intensité plus ou moins grande du grattement, nous permettront d'en déduire certaines conséquences sur la force de la démangeaison. Lorsque le prurit est léger (*Titillatio*), le grattement est également léger, peu continu et peu fréquent. Les couches superficielles et dures de l'épiderme, encore très-adhérentes aux strata inférieurs, sont seules atteintes et se détachent sous forme de poussière farineuse ou de très-petites squames. La démangeaison au deuxième degré (*Formicatio*), étant au contraire plus intense, provoque un grattement plus fort et plus prolongé; les couches cornées de l'épiderme sont alors violemment séparées du réseau muqueux, dont la surface rouge et humide se trouve exposée à l'air. Comme conséquence, le blastème sécrété par les papilles se dessèche et forme une croûte brun jaunâtre, fortement adhérente, pareille à celle qui se produit après

(1) « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte ». Jahrg. 1846 ; Band I, p. 332, et seq.

l'application d'un vésicatoire. Dans le prurit le plus violent, au troisième degré (*Pruritus*), qui amène un grattement énergique et un frottement incessant, ce n'est plus seulement l'épiderme qui est enlevé du chorion, mais ce dernier est lui-même atteint. Les vaisseaux capillaires du corps papillaire se rompent, l'hémorrhagie se produit, et la dessiccation des gouttes de sang répandu détermine la formation d'une croûte rouge brune ou noire, d'une plus ou moins grande étendue.

Les symptômes dont nous venons de parler sont ceux qu'on observe quand la démangeaison a lieu sur la peau ne présentant pas d'autres lésions. Ces phénomènes prendront naturellement un autre caractère, s'ils coïncident avec d'autres symptômes morbides de la peau. Il est presque impossible de donner un aperçu général des altérations pathologiques qui se produisent alors, mais cependant on peut dire avec certitude que les efflorescences dépassant la surface cutanée seront toujours les premières atteintes; elles seront souvent partiellement ou complétement détruites par l'action des doigts, et la peau qui se reproduira ne viendra prendre sa place qu'après le retour au niveau normal des parties couvertes par l'éruption. Dès lors il est clair que dans le prurigo les papules, dans l'eczéma les vésicules, dans le psoriasis les taches rouges séparées, seront recouvertes d'écailles, lesquelles, par leur aspect, indiquent les points qui ont été grattés les premiers, bien que le malade porte ses doigts partout, sans préférence pour un endroit plutôt que pour un autre.

Quant aux dépôts de pigment qui sont le résultat de grattement, ils sont en relation directe avec l'intensité de la démangeaison, comme il est facile de le voir dans la gale, l'eczéma et le prurigo, maladies au début desquelles l'épiderme ne présente aucune coloration foncée anormale. Ces dépôts pigmentaires apparaissent seulement durant le cours de ces affections; ils se développent en raison directe de l'étendue des excoriations, et on les trouve seulement sur les points où le malade se gratte avec persistance.

5. Nous devons maintenant appeler l'attention sur des symptômes dont il n'a pas encore été question. On doit avoir égard à la forme, au nombre, à l'arrangement, à la position, etc., des symptômes primaires et secondaires que nous avons déjà décrits. Il faut rechercher avec soin le processus pathologique constituant la base de l'affection cutanée existante; quelles sont les influences nuisibles ayant agi sur la peau altérée ou saine; quels sont l'âge, le sexe et les occupations du malade; quelle est sa manière de vivre, de se loger, de se nourrir, de se vêtir. Bref, nous devons nous efforcer de concevoir une vue générale du cas

dans son ensemble, et de découvrir son origine dans les explications données par le malade. En prenant en considération ces diverses circonstances, on arrive à un diagnostic beaucoup plus exact et bien plus certain que si l'on s'était borné à l'examen d'une efflorescence primaire accidentelle.

II. — Étiologie.

Les causes qui donnent naissance aux maladies de la peau sont, soit internes, ayant leurs racines dans l'organisme lui-même, soit externes, et dans ce cas l'enveloppe seule se trouve affectée en premier lieu. En conséquence les dermatoses ont été pendant longtemps divisées, par rapport à leur étiologie, en symptomatiques (universelles, deutéropathiques, *Dermapostases* et *Dermexanthèses*) et en idiopathiques (protopathiques, locales, *Dermatonoses*).

Quant au premier de ces groupes, on a cru qu'une cause commune présidait à la formation de la plupart des affections cutanées, sinon de toutes, dont l'origine, dans cette hypothèse, était due aux modifications éprouvées par les liquides de l'économie. On supposait que cet état particulier était le point de départ des maladies cutanées, on l'appelait *Dyscrasia herpetica;* mais, comme son existence est extrêmement problématique et n'a pas encore été démontrée d'une manière évidente, nous ne sommes pas disposés à l'admettre.

Nous savons cependant que certaines affections de la peau sont tellement liées à certaines maladies provenant de différentes altérations du sang, que nous sommes obligés de les regarder comme la conséquence de ces mêmes altérations. Nous en avons des exemples dans les exanthèmes aigus, la variole, la rougeole, la scarlatine. Nous avons encore les efflorescences consécutives au typhus, provenant de papules, de taches (*roseola*, *purpura*), ou bien de vésicules (*miliaria*). D'autres efflorescences cutanées se présentent, dans le choléra, sous forme de taches (*roseola*), ou de tubercules (*erythema papulatum* et *tuberculatum*); dans l'albuminurie sous forme de taches de purpura, de papules, de prurigo et d'œdème; dans l'urémie, comme une sécrétion sébacée contenant de l'urée, de l'acide urique (ce qu'on appelle uridrosis); dans la pyohémie, sous forme d'*erysipelas*, de *dermatitis*, d'*impetigo*, de formations pustuleuses et furonculeuses; dans la cholose, avec une coloration jaune ou brune de la peau; dans la chlorose, avec une teinte pâle, blafarde sur la peau et infiltration séreuse des téguments. Enfin, dans tous les états que nous venons d'indiquer, comme dans la syphilis, le

scorbut, la scrofule, la tuberculose, la dyscrasie cancéreuse, etc. Les maladies du sang, avec leurs symptômes variés et complexes, sont en connexion intime avec les changements qui surviennent à la peau.

Cependant les maladies qui affectent certain système ou certains organes peuvent, par sympathie, avoir un retentissement sur la peau. Ainsi, les affections des intestins, celles des organes sexuels internes, du foie, de la rate, des reins, de l'appareil urinaire, etc., peuvent déterminer quelquefois l'urticaire, parfois la séborrhée, l'eczéma, l'acné, d'autres fois différentes formes de dépôts pigmentaires. Les maladies du cœur, des vaisseaux sanguins, des poumons, etc., amènent une gêne dans la circulation, qui se traduit par une injection capillaire considérable ou par une coloration rouge brillant ou rouge bleu de la peau. Enfin il y a différents processus physiologiques tels que la menstruation, la grossesse et la dentition, etc., qui se traduisent sur la peau par différents symptômes. Malheureusement nous avons très-rarement l'occasion de constater la liaison réelle qui existe entre la maladie interne et les lésions cutanées qu'on lui attribue. Nous voyons seulement qu'elles surviennent en même temps, qu'elles sont intimement liées entre elles, et enfin qu'elles réagissent mutuellement les unes sur les autres. Jusqu'à ce jour on n'est pas arrivé à démontrer d'une manière précise comment une maladie générale, telle quel'albuminurie, amène une affection de la peau telle que le prurigo; comment les désordres d'un organe comme l'utérus peuvent occasionner des dermatoses, comme, par exemple, le chloasma.

En dehors de ces affections viscérales, d'autres conditions générales, telles que l'âge, l'alimentation, la profession, l'habitation, le genre de vie, les influences climatériques, peuvent encore exercer une certaine action sur la production des maladies cutanées. Il en est de même des phénomènes de contagion, dont quelques-uns sont produits par des substances palpables ou des liquides inoculables, tandis que d'autres peuvent être connus seulement par leurs effets, sans qu'ils paraissent avoir aucun rapport avec des agents solides ou liquides.

Il y a indubitablement transmission héréditaire des parents aux enfants de certaines maladies cutanées, telles que le psoriasis, l'ichthyose, l'éléphantiasis des Grecs, la syphilis, etc. La raison de ce fait ne réside pas toujours dans une dyscrasie spéciale, mais bien plutôt dans la reproduction chez l'enfant de l'habitus entier du générateur; c'est ce qui explique aussi comment les enfants ont les cheveux de la même couleur que leurs parents, que les cheveux soient blonds, rouges ou noirs. Enfin les maladies du système nerveux peuvent être consi-

dérées comme les causes de certaines dermatoses, bien qu'à cet égard nous n'ayons pas encore de données certaines. On peut tout au plus tirer des conclusions négatives et considérer les affections de la peau, accompagnées de sensations morbides, telles que le prurit, la douleur, l'insensibilité ou l'anesthésie, comme les effets d'une innervation pervertie.

Pour terminer, nous ne devons pas oublier que les maladies mentales (Gemüthsaffecte, Psychopathien) ont le pouvoir de produire certaines maladies cutanées, comme l'urticaire.

Les agents qui s'attaquent à la surface externe du corps et qui affectent la peau directement, ont une bien plus grande influence comme cause productrice des maladies cutanées, que les phénomènes dont le siége est dans l'organisme lui-même (1). C'est ainsi que se produisent les *Dermatoses* dites *idiopathiques*. Parmi ces agents on ne doit pas négliger les effets des conditions climatériques, du genre de vie, de la profession, de la manière de se vêtir, etc.; il y a en outre un grand nombre d'influences nuisibles, telles que celles résultant du temps, c'est-à-dire la chaleur, le froid, la sécheresse, l'humidité, qui toutes affectent plus ou moins tout le monde. Il existe encore d'autres causes de maladies dépendant des conditions particulières à chaque individu. Ce sont celles qu'entraînent le maniement des outils nécessaires dans certains arts ou métiers, l'exposition du corps à une température très-élevée ou très-basse, et l'usage de substances corrosives, etc.

L'homme est souvent son pire ennemi, car il se livre à nombre d'occupations qui le rendent sujet à différentes maladies cutanées, et néglige la plupart des précautions qui pourraient l'en préserver. Ainsi, une des causes principales des dermatoses idiopathiques, est l'action de coups sur la peau, ou l'action constante, permanente d'une pression, ou l'action fréquente de corps solides en contact immédiat avec l'enveloppe cutanée. Outre ces diverses influences nuisibles, on pourrait encore en indiquer plusieurs autres; toutefois nous pouvons ranger dans cette catégorie le grattement chez les personnes souffrant de démangeaisons, dans les affections prurigineuses de la peau.

(1) Ceci est une erreur qu'on s'étonne de voir appuyée sur l'autorité d'un clinicien tel que M. le professeur Hebra. Les dermatoses d'origine externe forment, au contraire, une classe numériquement très-restreinte. Que chaque médecin consulte ses souvenirs, et qu'il dise si c'est avec les cas idiopathiques qu'il a le plus souvent occasion de compter dans sa pratique? Il est bien entendu que nous ne nions point l'influence des causes externes pour produire, au lieu où elles ont agi, une manifestation (plaques muqueuses à l'anus, chez les syphilitiques, disques d'eczéma autour d'un vésicatoire). Mais ces causes ne produiraient pas à elles seules l'éruption; il serait donc illogique de la mettre sur leur compte exclusif, car, pour qu'elle ait pu naître, il fallait que le sujet fût *prédisposé*. (A. D.)

Le manque de soins et de propreté de la peau sont des causes bien connues de bon nombre d'affections cutanées. Les mêmes effets peuvent survenir quelquefois, résultant de soins exagérés, tels que des ablutions ou des bains trop fréquents.

Dans l'énumération des causes qui amènent les maladies de la peau, nous ne devons malheureusement pas oublier d'indiquer celles qui résultent des méthodes employées, sans doute avec de bonnes intentions, dans la pratique médicale. La *rubefacientia* et l'*epispastica* jouent, comme on le sait, un rôle important dans la médecine hippocratique. On emploie beaucoup trop facilement les sinapismes, les vésicatoires, le mezereum, l'huile de croton tiglium, la pommade stibiée (*ung. Autenriethi*) et les exutoires. Les moxas, le cautère actuel et potentiel, sont également trop fréquemment en usage. Ils sont généralement usités pour déterminer, par une puissante irritation à la peau, la diversion à une maladie siégeant sur les organes internes. Les résultats en sont très-douteux et les opinions très-partagées. Pour ma part, je crois que les bons effets présumés, mais non démontrés, de l'emploi de l'epispastica, sont très-exagérés, par leur comparaison avec les résultats nuisibles que leur application provoque sur la peau. L'expérience journalière donne des preuves de l'exactitude de notre manière de voir à cet égard. Nous donnerons, du reste, de plus amples détails dans une autre partie de cet ouvrage (1).

Les *Épiphytes* (champignons) et les *Épizoophytes* (animaux), qu'on trouve quelquefois dans le tissu corné protecteur, d'autres fois dans la substance de la peau elle-même, sont des causes fréquentes de maladies cutanées. Les épiphytes, qui appartiennent invariablement à la classe des champignons (*fungi*, *Pilze*), sont des corpuscules de très-petite dimension (mesurant de 0,005 jusqu'à 0,05 de millimètre), et sont appelés *spores* (*sporidia*, *sporuli*, Sporen). Ils sont nus ou enveloppés dans des organes particuliers (*sporangium*, *theca*) ; leur siége est situé sur une base commune (*receptaculum* ou *conceptaculum*) ; on les trouve, soit dans l'épiderme seul, soit dans les poils, soit enfin dans les ongles. Voici les huit espèces (2) qui ont été jusqu'à ce jour découvertes dans ces tissus :

(1) Il faut encore protester contre cette vue un peu hasardée, ce nous semble, du spécialiste. Qu'un dermatologue plaide *pro domo suâ* pour qu'on ménage la peau, rien de plus logique et de plus excusable. Mais l'utilité et aussi l'innocuité des vésicatoires volants, dans toutes les maladies aiguës de poitrine, est un fait clinique dont l'impression suffit, pour des esprits indépendants, à contre balancer la sentence de l'auteur allemand. (A. D.)

(2) Küchenmeister, « Die pflanzlichen Parasiten ». Leipzig, 1855, p. 30.

1° Le *Trichophyton tonsurans*. Malmsten a trouvé d'abord ce champignon dans les cheveux. Nous avons démontré qu'il existe également dans l'épiderme (1), dans les cas d'herpès tonsurant.

2° Le *Mycoderma plicæ Polonicæ* (Günsburg), et le *Trichophyton sporuloides* (Walther), dans la plique polonaise (Weichselzopf).

3° Le *Microsporon Audouini* (Gruby), dans le porrigo decalvans.

4° Le *Microsporon mentagrophytes* (Bazin), dans le sycosis.

5° Le *Microsporon furfur* (Eichstedt), dans le pityriasis versicolor.

6° L'*Achorion Schœnleinii*, dans le favus.

7° Le *Champignon des ongles;* une espèce d'*Aspergillus*, selon Meissner, dans l'onychomycosis de Virchow.

8° L'*Oïdium albicans*, sur le mamelon (Küchenmeister).

Les parasites animaux qui habitent la peau (Tummelplatz) sont divisés en deux classes :

I. Les *Dermatozoa*, qui siégent toujours ou seulement temporairement dans la substance de la peau.

II. Les *Epizoa*, qui se nourrissent simplement sur la surface cutanée, mais se tiennent dans les dépendances de la peau, particulièrement entre les cheveux, dans les vêtements ou dans les autres objets appartenant aux personnes infestées par ces parasites.

A la première classe appartiennent :

1. L'*Acarus scabiei* (Krätzmilbe), ou insecte de la gale.

2. L'*Acarus folliculorum* (Haarsackmilbe), ou insecte des follicules pileux.

3. Le *Pulex penetrans* (Sandfloh), puce du sable ou chique.

4. Le *Filaria medinensis* (Peitschenwurm), ou ver de Guinée.

5. Le *Leptus autumnalis* (Erntemilbe), ou punaise d'automne.

Dans la seconde classe nous trouvons :

1. Le *Pediculus* (Läuse), ou pou, comprenant :

a. Le *Pediculus capitis* (Kopfläuse), pou commun.

b. Le *Pediculus pubis*, seu *Phthirius inguinalis* (pou-morpion) (Körper oder Filzläuse).

c. Le *Pediculus vestimentorum*, seu *humani corporis* (Kleiderläuse), le pou du corps.

2. Le *Pulex irritans* (Flöhe), ou puce.

3. Le *Cimex lectularius* (Wanze), ou punaise.

4. Le *Culex pipiens* (Mücke, Gelse), ou cousin.

Ces parasites peuvent donner naissance aux affections cutanées de

(1) « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte ». X Jahrg., 1854, Heft XII, p. 473.

deux manières différentes. En déposant leurs œufs sous la peau, ils irritent cet organe, le prédisposent à une action morbide (hypérémie, exsudation, hémorrhagie, dégénérescence de l'épiderme, etc.); ou, en excitant la sensibilité des nerfs de la peau, ils déterminent de la démangeaison ou de la douleur, sensations qui sont elles-mêmes des causes additionnelles de maladies.

Outre ces agents généraux et locaux, dont les effets sont reconnus nuisibles, il y en a, sans aucun doute, beaucoup d'autres qui ont échappé à l'observation, car nous voyons bon nombre d'affections cutanées dont il est impossible d'indiquer la source. Nous préférons cependant, sur ce point, confesser notre ignorance, plutôt que d'éluder la difficulté en rapportant ces maladies à des causes comme : refroidissements, excès, impressions morales, influences nerveuses, constitutions épidémiques ou endémiques, etc., expressions qui, par le fait, sont tout à fait vagues et dénuées de fondement sérieux (1).

III. — Thérapeutique.

Bien que dans le cours de ces dernières années, on se soit sérieusement occupé de cette partie de la médecine, nous avons malheureusement peu progressé vers le but désiré, la guérison des maladies cutanées. Cela vient certainement, en grande partie, de ce fait, que depuis fort peu de temps seulement et pendant une période trop courte pour avoir permis des recherches exactes, on s'est livré à des essais de thérapeutique rationnelle et libres de tout préjugé. Car, avant de se prononcer sur les effets d'un remède dans le traitement d'une maladie de la peau, il y a deux choses à considérer: le cours de la maladie abandonnée à elle-même, et l'action produite sur la peau par les remèdes. Notre insuccès vient aussi de la connaissance insuffisante que nous avons de l'étiologie des dermatoses et de l'état imparfait de la chimie pathologique, qui a été peu étudiée par rapport aux maladies cutanées. Il nous semble qu'il y a un vaste champ ouvert à l'investigation, pour ceux qui s'intéressent à la dermatologie, dans cette nouvelle branche de la science. Des cir-

(1) En terminant ce chapitre, nous ne pouvons nous défendre de signaler la brièveté des considérations d'après lesquelles l'auteur se croit fondé à nier l'existence du vice dartreux comme cause de certaines dermatoses. La doctrine de l'herpétisme tient trop de place en dermatologie, elle invoque en sa faveur des vraisemblances trop imposantes, pour qu'un auteur aussi complet sur tous les points de terminologie, de momenclature, de description graphique, etc., soit excusable de la traiter avec un tel laconisme. (A. D.)

constances défavorables nous ont, jusqu'à présent, empêché de l'étudier; étude que nous renvoyons à une époque ultérieure ou que nous abandonnons à d'autres observateurs.

Par suite de l'insignifiance, ou mieux de la nullité complète de toute base rationnelle dans nos moyens thérapeutiques relatifs au traitement des maladies de la peau, il ne nous reste pas d'autres ressources que celles que nous trouvons dans une méthode purement empirique. Quant aux petits succès que nous avons obtenus jusqu'ici, nous les devons tous à la direction purement pratique que nous avons adoptée. Nous employons les procédés les plus variés, qu'ils nous soient recommandés par des médecins, ou par des personnes en dehors de notre profession; nous en avons trouvé, parmi les premiers, de moins efficaces qu'ils n'auraient dû l'être, tandis que des remèdes populaires nous ont parfois rendu de grands et réels services (1).

Avant de passer à l'énumération des différents moyens que nous possédons, on nous permettra de mentionner quelques-uns des préjugés qui se mêlent encore aujourd'hui, moins qu'autrefois, il est vrai, à l'emploi de certaines méthodes de traitement.

Le premier de ces préjugés que nous devons combattre est la crainte que l'on avait de recourir à des applications locales.

Il y a quelques années déjà, nous avons appelé l'attention sur ce fait, que c'était une erreur de supposer que l'action des remèdes employés sur la peau malade ou saine était simplement et nécessairement topique et nullement générale (2). Nous n'aurions besoin que de rappeler ici la contagion de la petite vérole, de la syphilis, de l'hydrophobie, du venin des serpents, du virus cadavérique, qui se transmettent généralement par la peau, et fournissent la preuve que cet organe absorbe facilement toute espèce de virus. De même aussi la peau est apte à absorber les agents médicamenteux, à les introduire dans le torrent circulatoire, lors même que l'épiderme est intact, comme il est facile de le démontrer par l'application externe de l'iode, des préparations mercurielles, du goudron, etc.

Ce qu'on peut démontrer dans certaines maladies, par les réactions chimiques, devrait être admis à priori pour d'autres médicaments; nous maintenons donc exactement le contraire du principe auquel

(1) Aveu louable qui doit nous inspirer à la fois découragement et confiance, et qui pourrait conduire à une pratique plus heureuse, plus rationnelle même, si chacun de nous, au lieu de repousser les secours de l'empirisme, en faisait l'objet d'une étude approfondie. (A. D.)

(2) « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte, » III Jahrg., 1 Band, 1845, p. 349.

nous avons fait allusion, et affirmons qu'à l'exception des caustiques (Ætzmittel), tous les remèdes qui sont en contact prolongé avec la peau sont absorbés par elle et entraînés dans la masse des humeurs.

Nous n'avons donc aucune crainte, par l'application de remèdes topiques, de *faire rentrer* les maladies de la peau, ou de produire des effets nuisibles, pour lesquels les praticiens de l'ancienne école ont diverses expressions. Nous redouterions, au contraire, une action trop violente sur l'organisme en général, surtout par l'emploi de ces médicaments capables d'exercer une action perturbatrice sur les processus végétatifs. Nous ne craignons pas non plus de guérir trop promptement les affections cutanées; tout au contraire, nous nous efforçons de trouver les moyens de les faire disparaître le plus vite possible. Lors même que nous aurions en notre possession des remèdes suffisants pour obtenir une guérison aussi rapide, nous nous croirions encore complétement à l'abri (Nach schnell unterdrükten Flechten) des métastases ou d'autres accidents consécutifs (1).

Il y a encore un autre point sur lequel nous sommes en contradiction avec nos prédécesseurs et plusieurs de nos contemporains, c'est la nécessité d'employer, dans le traitement des affections chroniques, des remèdes appelés dépuratifs du sang (*Hæmato-cathartica*, Blutreinigende). Nous n'avons jamais remarqué certains effets qui leur sont attribués par quelques auteurs, et qui seraient le résultat de l'action prolongée des laxatifs et des drastiques, des décoctions de bois (Holztränke), des sucs de plantes. L'usage interne des préparations d'antimoine, de baryte, de graphite, d'anthracokali, de soufre, comme aussi celles de cantharides, de mezereum, de pensée sauvage, de douce-amère, de rob Laffecteur, de sirop de Larrey, etc., présente toujours des résultats également illusoires; nous ne pouvons donc pas en recommander l'emploi (2). D'un autre côté, l'arsenic, pris à l'intérieur, nous a donné de bons résultats; nous ne l'apprécions cependant pas à un si haut degré que Hunt et Romberg. Nous avons pu aussi apprécier les effets

(1) De ce que tous les épithèmes exercent plus ou moins d'action sur l'organisme, — ce qui est vrai, — s'ensuit-il qu'ils n'exercent pas d'action locale ? que cette action ne soit souvent la principale ? qu'elle ne puisse parfois être excessive ? Les applications de vinaigre, d'eau aluminée, d'acétate de plomb, produisent notoirement une astriction des tissus. En quoi la petite quantité de ces principes qui se trouve absorbée peut-elle neutraliser cette action locale ? (A. D.)

(2) Hebra est ici dans la vérité et dans l'évidence. Que de maladies entretenues, que de clients ruinés, et j'ajoute que de constitutions épuisées par l'usage de ces insignifiants breuvages, qu'on recommande toujours d'ingérer en grande quantité, et dont l'emploi est toujours accompagné des prescriptions diététiques les plus capables d'affaiblir l'organisme. (A. D.)

salutaires produits par les mercuriaux, les préparations iodées, le fer et ses composés, l'huile de foie de morue, les amers, les acides végétaux et minéraux, et enfin par tous ces remèdes qui sont indiqués par la présence des dyscrasies, et qui seraient également prescrits, lors même que l'affection générale suivrait son cours sans être accompagnée d'une localisation à la peau.

A l'extérieur, nous faisons usage de bains simples, chauds ou froids, suivant le besoin, de douches, de bains de vapeur; ou bien nous ajoutons à ces bains du soufre, de la potasse, du savon, du sel de cuisine ou du sublimé corrosif. Leur température peut varier de 66° à 100° F. (de + 15° à + 30° R.). Leur durée peut être de plusieurs jours ou de quelques minutes. Nous employons souvent, avec succès, des frictions émollientes, en frottant toute la surface de la peau, ou seulement quelques points, avec des substances oléagineuses ou graisseuses, telles que l'huile d'amandes douces de lin, d'olive, de foie de morue, la graisse de porc, de brebis, la glycérine, le spermaceti. Dans d'autres cas nous ajoutons à ces corps gras différentes substances actives, telles que des préparations de mercure, de zinc, de plomb, de cuivre, d'iode, d'arsenic, des sulfures, etc., préparations qui peuvent être, suivant leur degré de solubilité, dissoutes dans l'eau ou dans l'alcool. Toutes les fois que nous voulons déterminer la chute rapide des couches cornées de l'épiderme, ou que nous voulons provoquer la résolution d'une exsudation infiltrée dans la peau, ou épanchée sous l'épiderme, notre principal remède, celui que nous employons invariablement, est le savon doux de potasse. Nous l'employons, soit seul, comme dans le prurigo, l'eczéma, le psoriasis, l'ichthyose, le pityriasis, l'herpès tonsurant, le favus, le lupus, etc., soit combiné avec d'autres substances, telles que le soufre dans le traitement de la gale, le goudron dans celui de l'eczéma.

Les huiles empyreumatiques, obtenues par la distillation sèche de certaines espèces de bois, nous fournissent également des ressources thérapeutiques importantes. Ainsi nous employons le goudron provenant du hêtre (*oleum empyreumaticum fagi*) ; l'*oleum cadinum*, qui se tire du *Juniperus oxycedrus*, et l'*oleum rusci*, qu'on obtient par la distillation du bois de bouleau (*Betula alba*), et qui a l'odeur du cuir de Russie. L'action de ces substances est à peu près identique; elles ne diffèrent que par leur consistance et leur odeur.

Quant aux exsudats, aux productions nouvelles, aux tumeurs, etc., on se sert des caustiques pour les faire disparaître. Nous laisserons de côté le fer rouge et le bistouri, dont l'application appartient au domaine

de la chirurgie, pour ne parler que des agents corrosifs et escharotiques (Ætzmittel), en insistant spécialement sur ceux dont nous avons constaté souvent par nous-même l'efficacité.

Les acides minéraux concentrés, surtout les acides sulfurique, nitrique et chlorhydrique, ne sont comparativement employés que dans un petit nombre de cas. Non-seulement leur action est incertaine et peu constante, mais on obtient de meilleurs effets avec d'autres caustiques. Les cicatrices défigurantes qui accompagnent l'emploi de ces acides dépassent le but pour lequel on les avait employés. On peut en dire autant du beurre d'antimoine, du chlorure de zinc et d'autres préparations semblables. Nous n'employons ces caustiques que dans un très-petit nombre de cas, l'acide sulfurique, par exemple, pour détruire les productions cornées, les acides chlorhydrique et nitrique pour la cautérisation d'exsudats anciens qui se sont organisés. L'expérience nous a fait connaître des caustiques meilleurs, dont les effets peuvent être plus facilement réglés et qui sont suivis de cicatrices légères et unies. Nous plaçons en premier lieu le nitrate d'argent, que nous employons à l'état de corps solide ou de solution concentrée (*argent. nitrat.*, *aquæ distillatæ*, *partes æquales*). Nous attachons une grande importance à ce médicament, parce que nous pouvons, par son intermédiaire, détruire toute espèce de productions nouvelles, sans causer au malade des désordres préjudiciables, et qu'il est possible de s'en servir sans avoir une expérience particulière et pratique.

Vient ensuite la potasse caustique des chirurgiens : on peut l'employer sous forme de bâtons ou dissoute dans deux parties d'eau ; mais son application exige plus de précautions que celle du nitrate d'argent. Elle amène une plus grande perte de substance, et son action ne peut pas être limitée d'une manière aussi précise. On l'emploie, cependant, souvent pour détruire les cicatrices épaisses et élevées (Wulstig) (1).

La pâte caustique de Vienne (Wienner-Aetz-Pasta) produit également les mêmes effets. C'est un composé par parties égales de potasse caustique et de chaux vive qu'on mélange avec de l'alcool, pour en former, au moment de son application, une pâte qu'on laisse pendant dix à quinze minutes en contact avec la partie de la peau qu'on veut

(1) Plus d'un lecteur français s'étonnera sans doute de voir recommander l'emploi usuel de la potasse caustique par le même auteur qui craint les effets excessifs d'une application d'acide chlorhydrique. Quant à nous, nous employons, — mais nous n'employons jamais que nous-même, c'est-à-dire avec notre main et sous nos yeux, — les acides les plus actifs, et nous obtenons ainsi des succès que chacun verra se reproduire dans sa pratique, à la seule condition de mesurer exactement aux exigences de chaque cas particulier la durée de l'application caustique. (A. D.)

détruire. La pâte de chlorure de zinc de Canquoin (1 partie de chlorure de zinc, 4 parties de farine, et eau q. s.) produit les mêmes résultats, mais seulement après un laps de temps de quatre heures (1). La pâte de Landolfi (chlorure de brome, 4 grammes; chlorure d'antimoine et chlorure de zinc, de chaque, 3 grammes, et chlorure d'or *ad libitum*) exige encore plus longtemps, vingt-quatre heures et quelquefois davantage. Ses effets sont cependant plus énergiques. Toutes ces pâtes carbonisent les tissus organiques avec lesquels elles sont mises en contact, et ne diffèrent entre elles que par leur degré d'intensité.

Nous pouvons arriver à des résultats analogues, mais seulement après des applications réitérées, par l'emploi d'une poudre contenant 0,25 centigrammes d'arsenic blanc, 0,75 centigrammes de cinnabre artificiel, mélangés avec 4 grammes de sucre (2), ou bien avec la même quantité d'onguent rosat (*unguentum rosatum*), suivant la manière du médecin.

On se sert encore avec succès, dans le traitement de différentes excroissances, surtout de celles qui ont une origine syphilitique, de la solution et pâte de Plenck (sublimé corrosif, carbonate de plomb, camphre, alun, alcool et vinaigre, en proportions égales).

Le sulfate de cuivre, l'alun, la poudre de feuilles de sabine, le sublimé, le calomel, etc., sont des irritants bien connus, qui, seuls ou mélangés à d'autres substances, peuvent être employés avec avantage, pour détruire lentement des excroissances de différentes espèces.

Enfin, outre ces remèdes actifs, qu'on emploie pour l'usage externe ou interne dans les différentes maladies de peau, il en est d'autres indifférents et inertes qu'on prescrit souvent dans des affections dont le cours ne peut pas être modifié et dans lesquelles la méthode expectante suffit pour donner les meilleurs résultats. Ainsi l'emploi de tel ou tel remède est indifférent dans les exanthèmes contagieux, aussi bien que dans les inflammations cutanées à marche aigüe, telles que: l'érythème, la roséole, l'urticaire, l'érysipèle, l'herpès, la miliaire, le pemphigus aigu, etc.; dans ces maladies le traitement qui fatigue le moins le malade est toujours le meilleur (Am besten wird stets iene Therapie sein, die den Kranken so wenig wie möglich molestirt).

(1) Il faut avoir soin de détruire d'abord l'épiderme. (A. D.)

(2) On en trouve la formule dans la poudre de Cosme de la Pharmacopée autrichienne, dont deux des ingrédients ont été cependant laissés de côté, le *sanguis Draconis* et *cineres solearum ustarum* (cendres formées par l'incinération des semelles de bottes et de souliers).

IV. — Classification.

Nos prédécesseurs et nos contemporains se sont efforcés, suivant des principes bien différents, ou même sans principes, de distribuer les affections cutanées en *classes*, *ordres* et *espèces*. Ces tentatives ont été couronnées de plus ou moins de succès, et ont obtenu, pendant une période plus ou moins longue, l'adhésion partielle ou même générale du public médical. Le défaut principal de ces essais est d'isoler par trop les maladies cutanées de celles du reste du corps; ils ne répondent donc pas aux desiderata d'un système dermatologique parfait.

En passant en revue les principaux ouvrages sur les dermatoses, parus depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, nous rencontrons tant de systèmes de classification, qu'il serait impossible de les décrire, à moins de nous borner à faire l'historique de ces maladies. Mais afin de ne laisser de côté rien de ce qui a été fait sur cette branche de l'art médical, et pour exposer les raisons qui nous empêchent de donner la préférence à l'un ou à l'autre de ces systèmes, nous indiquerons brièvement quelques-uns des plus importants. Pour cela, nous pouvons donc diviser tous les systèmes proposés jusqu'à ce jour en huit classes appréciées, soit en tenant compte de la nature du principe qui forme leur base, soit en ce que leur auteur a négligé de suivre aucune règle logique.

1. Les plus anciennes classifications, celles de Galien et de Mercurialis, étaient basées sur le siége de l'affection, c'est-à-dire sur sa distribution anatomique. Ces écrivains ont divisé simplement les maladies de la peau en celles affectant le cuir chevelu, et celles qui attaquent le reste de la surface cutanée. Il n'est pas nécessaire d'aller plus loin pour montrer combien une distinction aussi arbitraire est défectueuse et insuffisante.

2. Les systèmes qui divisent les maladies de la peau en locales, idiopathiques, constitutionnelles, générales, symptomatiques, offrent quelques côtés séduisants. C'est Lorry, le premier, qui a introduit ce principe de classification; mais la même idée, quoique souvent sous des noms différents, a été refondue et perfectionnée par Dendy, Schönlein, Fuchs, Isensée et autres, etc. Malheureusement, non-seulement la même affection cutanée peut être produite par des causes tout à fait différentes, mais encore les maladies de peau les plus variées peuvent être occasionnées par un seul et même agent morbide. Dans bon nombre de cas, suivant l'aspect ou la forme de la dermatose, il est difficile d'établir si son origine est due à une cause locale ou générale.

3. Viennent ensuite les systèmes anatomo-physiologiques, comprenant ceux de Grimaud, Baker, Turner, Craigie, etc., dans le siècle dernier, et les classifications plus modernes des Rosenbaum, Erasmus Wilson et autres. Ils partent de cette idée, qu'il est possible de donner des noms et des caractères particuliers aux affections des différents tissus qui forment la peau, c'est-à-dire de l'épiderme, du corps réticulaire (Malpighii), du corps papillaire, du chorion, des follicules, des vaisseaux, des nerfs, etc. Mais ces écrivains oublient que la peau est un organe dont les différents tissus qui la composent sont très-rarement affectés séparément par la maladie : ils sont au contraire, presque toujours, tous envahis par les produits morbides, de telle façon qu'il est souvent impossible de dire quelles sont les parties les plus fortement atteintes. D'ailleurs ces systèmes manquent, avant tout, d'une utilité pratique; aussi n'ont-ils trouvé qu'un petit nombre d'adhérents.

4. Aucunes classifications n'ont réuni autant de partisans que celles qui ont pour base la forme extérieure de la maladie. Ce sont celles présentées d'abord par Riolan et Plenck, modifiées ensuite par Willan, Bateman, Chiarugi, Biett, Cazenave, Schedel, Gibert et Riecke, etc. Bien que l'idée fondamentale de ces systèmes soit, à première vue, séduisante, elle est loin d'être à l'abri de la critique et d'être confirmée par la pratique. Ces classifications ont été, par le fait, la grande cause de cette notion erronée, que pour le diagnostic d'une maladie cutanée, il suffit de déterminer quelles étaient les efflorescences primaires existant dans ce cas particulier. En suivant cette voie, il serait facile de déterminer le genre auquel appartient l'affection cutanée, et il n'existerait aucune difficulté pour trouver le nom de la maladie, en cherchant les caractères particuliers à chaque espèce de dermatose. Comme si, pour la détermination d'une maladie, un signe unique, détaché du groupe des autres symptômes complexes, pouvait être suffisant pour la caractériser ! Et comme si le seul point à examiner était de savoir si au début l'affection s'est manifestée sous forme de tache, de papule, de vésicule, de bulle, de pustule, ou sous la forme d'autres efflorescences primaires! Une pareille méthode de diagnose ne rappelle-t-elle pas l'uroscopie empirique de nos ancêtres et de quelques-uns de nos contemporains ? Ces classifications avaient encore l'inconvénient d'isoler la dermatologie du reste des doctrines nosologiques, de présenter les processus morbides qui surviennent dans la peau comme tout à fait différents de ceux qui se manifestent dans les autres parties du corps; nous leur devons toutes les notions erronées sur les maladies de la peau, que nous entendons répéter encore à chaque instant.

Les auteurs de ces systèmes dermatologiques avaient sans doute devant les yeux la classification des plantes de Linné, puisqu'ils ont cherché à caractériser leurs genres et leurs espèces au moyen de certains phénomènes (*efflorescentiæ cutaneæ*, Hautblüthen), comme Linné avait employé, dans ce but, certaines parties des fleurs (Blumen, Blüthen). Mais cet essai n'a pas réussi.

5. Ceux qui, avec Alibert à leur tête, et à l'imitation de de Candolle et de Jussieu, en botanique, ont essayé d'introduire des *systèmes naturels*, comme on les appelait en dermatologie, n'ont pas eu plus de succès. Leur échec a tenu à ce qu'une maladie de la peau ne constitue pas un être particulier, mais consiste simplement dans des transformations qui s'opèrent chez les individus.

En examinant plus attentivement les deux classifications d'Alibert, on voit que quelques-uns des groupes de dermatoses peuvent réclamer justement le titre de famille naturelle. Tels sont les exanthèmes contagieux (rougeole, scarlatine, variole), les syphilides, l'eczéma. Quelques-unes seulement des affections de la peau se prêtent à un pareil classement ; la base de classification n'est pas la même dans les différents groupes ; et ce système, lors même qu'il serait praticable, entraînerait l'isolement de la dermatologie. C'est pour ces raisons que cette méthode de grouper les maladies de la peau est dépourvue de toute valeur pratique.

6. La marche, la durée des affections cutanées, leur état aigu ou chronique, l'existence ou l'absence de fièvre, ont fourni à Dérien et à Frank les bases d'une classification suivant laquelle ils divisent les dermatoses en aiguës et chroniques, en exanthèmes et en impétigines.

Il y a, en effet, quelques maladies cutanées, comme l'exanthème contagieux, qui sont toujours aiguës ; d'autres, comme le prurigo, l'ichthyose, l'éléphantiasis, dont la marche est invariablement chronique. Il en est encore qui se terminent très-promptement, et qui cependant ne sont pas accompagnées de fièvre, tandis que chez d'autres, d'une durée plus longue, elle est presque continuelle. Bien plus, la même maladie peut être tantôt aiguë, tantôt chronique, comme nous le voyons dans l'urticaire, l'eczéma, l'impétigo. Sous ce rapport, les maladies cutanées ne font donc pas exception à ce que nous savons des affections des autres parties de l'organisme. Dans les deux cas, la même maladie, sans qu'il y ait une altération essentielle dans sa nature, peut être aiguë ou chronique, accompagnée ou non de fièvre.

7. D'autres auteurs ont été frappés de la difficulté, pour ne pas dire de l'impossibilité, de diviser d'une manière logique les dermatoses en

se servant d'une base naturelle ou artificielle. C'est pour cela que dans l'édification de leurs systèmes ils se contentent de grouper ensemble les affections cutanées qui semblent les plus rapprochées, et de leur donner des noms de classes ou d'ordres, en y ajoutant la description successive des maladies qui leur correspondent. C'est de là que sont venus les systèmes de Rayer, de Plumbe, de Devergie (sa dernière méthode), de Chausit (Cazenave), etc.

8. Qu'il nous soit permis de citer, comme curiosité, certaines classifications qui ne peuvent être regardées que comme des exemples de tentatives malheureuses. Telles sont les fluxions de Baumès : a. *par cause externe, réfléchie, déplacée, excentrique ;* — b. *par diathèse, idiopathique, complexe,* etc. (1). La division des dermatoses de Struve en cryptogames et en phanérogames. Le premier système de Devergie, dans lequel les maladies de la peau sont divisées en *maladies sécrétantes* et *non sécrétantes.* La classification d'Upman d'après le genre des efflorescences et leurs différentes combinaisons : par exemple, des vésicules sans papules ou avec papules.

L'insuffisance des systèmes proposés jusqu'à ce jour, et le besoin d'uniformité entre la méthode de classification des maladies de la peau et celle appliquée aux affections du reste de l'économie, m'ont engagé, vers 1844, à proposer une division des dermatoses d'après une base anatomo-pathologique pour laquelle je suis, en grande partie, les doctrines de Rokitanski. Jusqu'à ce jour, je n'ai pas eu occasion de regretter le système que j'ai publié (2), et je n'ai pas eu lieu d'y faire des modifications essentielles. J'ai pu observer qu'il avait été employé et modifié par quelques auteurs dans l'édification de leurs systèmes ; l'explication de ce fait est toute naturelle : ils ont tiré leurs connaissances de la même source que moi, c'est-à-dire de Rokitanski.

J'ai d'autant plus de satisfaction de reproduire, sans grands changement, ces vues publiées pour la première fois, il y a dix-huit ans, que pendant cet intervalle de temps mon expérience s'est sensiblement accrue par l'observation de plus de quarante mille cas de maladies cutanées, et que mes opinions, sur certaines dermatoses, ont subi quelques modifications. Ce n'est pas que je veuille représenter mon système comme exempt de défaut et qu'on ne puisse jamais en créer de meilleurs. Ces fautes et ces défectuosités me sont très-bien connues.

(1) Cette *curiosité,* inspirée par l'une des conceptions les plus réellement médicales qui aient vu le jour dans notre spécialité, n'a pas moins fait que toutes les classifications précédentes pour le progrès de la thérapeutique dermatologique. (A. D.)

(2) « Zeitschr. der k.k. Gesellschaft der Aerzte », II Jahrg., 1 B., 1845, pp. 35, 143, 211.

Dans mon esprit, il est supérieur aux autres en ce que, quoique artificiel, il n'est pas trop subtil (künstliches doch kein gekünsteltes); et bien qu'il ne représente pas une classification naturelle, il est cependant d'accord avec la nature (obdgleich kein natürlicges doch ein naturgemässes) : car il réunit celles des maladies de la peau qui se ressemblent par leur nature essentielle, et il n'établit pas de séparations arbitraires dans les affections identiques.

Si nous passons maintenant à la description de notre système, la première question à laquelle il faut répondre, c'est de dire pourquoi nous avons divisé les maladies de la peau en douze classes. Nous avouons volontiers que nous aurions pu nous borner à dix ou onze, car on peut qualifier d'arbitraire et même d'inexacte la séparation existant entre la huitième et la neuvième, au point de vue histologique. De même, d'après l'usage établi, il n'était pas nécessaire d'introduire les ulcères dans la dermatologie, ou tout au moins d'en faire une classe à part. Mais le proverbe dit : *Qui bene distinguit, bene docet;* et le point de vue pratique que j'ai toujours eu en vue m'a fait considérer comme judicieux d'adopter cette classification, d'après laquelle toutes les maladies de la peau peuvent être réduites à douze divisions, classes ou familles, comme il suit :

Classes (1) I. *Hyperœmiœ cutaneœ.* Affections hypérémiques de la peau.
II. *Anœmiœ cutaneœ.* Affections anémiques de la peau.
III. *Anomaliœ secretionis glandularum cutanearum.* Conditions morbides des sécrétions des glandes cutanées.
IV. *Exsudationes.* Exsudations et affections exsudatives.
V. *Hœmorrhagiœ cutaneœ.* Hémorrhagies.
VI. *Hypertrophiœ.* Hypertrophies.
VII. *Atrophiœ.* Atrophies.
VIII. *Neoplasmata (Homœoplasiœ).* Tumeurs bénignes.
IX. *Pseudoplasmata (Heteroplasiœ).* Tumeurs malignes.
X. *Ulcerationes.* Ulcérations.
XI. *Neuroses.* Névroses.
XII. *Parasitœ.* Parasites.

(1) Pour la dénomination des onze premières classes ou familles, j'ai employé le nom d'un processus pathologique, c'est-à-dire d'une chose qui, étant seulement une conception de l'esprit et invisible, ne peut être reconnue que par ses effets. Tandis que le nom de la douzième classe tire son origine de la cause de la maladie, cause qui est positive et dont l'existence est réelle. Et bien que je sois obligé d'admettre un défaut de logique dans le principe de classification que j'ai adopté, il m'eût été impossible d'y remédier sans ébranler l'utilité pratique de mon système.

Nous donnerons plus loin les caractères appartenant à ces différentes classes, en décrivant les affections cutanées qui sont comprises dans chacune d'elles.

CHAPITRE III

Ire CLASSE. — HYPÉRÉMIES CUTANÉES.

Affections de la peau occasionnées par la présence d'une surabondance de sang dans les vaisseaux capillaires de cet organe.

Les vaisseaux capillaires de la peau, plus fortement injectés que dans l'état normal, ainsi que le ralentissement de la circulation du sang, qui en résulte, donnent lieu à divers phénomènes morbides cutanés. On peut les observer assez souvent sur l'homme vivant, seuls, sans être accompagnés d'exsudation ou d'hémorrhagie, de telle sorte qu'il n'existe aucune raison anatomique ou physiologique pour ne pas faire de ces maladies une classe particulière, et pour ne pas en donner une description séparée d'avec les autres changements pathologiques.

Les hypérémies de la peau présentent, en général, les symptômes caractéristiques suivants :

a. Rougeur de la peau. — Elle offre toutes les nuances, depuis le rose clair jusqu'au rouge bleu foncé. Mais cette rougeur disparaît cependant toujours par la pression; et, quand elle cesse, la couleur normale de la peau reparaît, bien que momentanément, et la teinte rouge revient ensuite très-rapidement.

b. Tuméfaction. — Elle est souvent imperceptible et rarement considérable.

c. Température de la peau. — Elle n'est pas sensiblement modifiée dans les hypérémies légères, mais, à des degrés plus élevés de cette affection, on constate des déviations plus prononcées de la température normale, appréciables par le toucher et aussi par le thermomètre.

d. Sensations subjectives. — Le malade n'éprouve aucune sensation anormale, ou il ressent une légère démangeaison ou brûlure.

e. Siége de la maladie. — Il est, soit dans le corps papillaire seul,

qui est extrêmement vasculaire, soit en même temps dans le tissu capillaire plus profond de la peau, soit enfin dans les vaisseaux capillaires qui nourrissent les follicules pileux et les tissus glandulaires.

f. Par rapport à leur *forme*, les efflorescences sont, pour la plupart, de simples taches qui sont circonscrites, et de formes variées (figurirt) ou diffuses; mais quelquefois elles constituent aussi des élevures à la peau.

g. Leur *marche* est le plus souvent aiguë et présente parfois un type défini, dans quelques cas chroniques, par le fait de leurs récidives fréquentes.

h. Leur *durée* peut être de quelques minutes jusqu'à plusieurs jours.

i. *Phénomènes secondaires ou consécutifs*. — Le plus souvent ils manquent; dans quelques cas, il y a une simple pigmentation de l'épiderme, et, dans d'autres, on observe une légère desquamation (Defurfuration).

La cause immédiate d'une hypérémie peut être, soit une augmentation dans l'afflux du sang sur la partie malade, ce qui est connu sous le nom de congestion, soit un arrêt dans la circulation provenant de la stase du sang. Puis chacune de ces conditions peut se présenter sur la peau. La division généralement adoptée des hypérémies en *simples* ou *actives* et en *passives*, *mécaniques* ou *hypostatiques*, est donc nécessaire en dermatologie.

A. HYPÉRÉMIES ACTIVES.

Symptômes.— Une coloration rose variant depuis le pâle jusqu'à une couleur rouge sang clair, disparaissant sous la pression du doigt; aucune tuméfaction perceptible; une élévation de la température, une sensation de légère démangeaison ou cuisson : tels sont les phénomènes qui caractérisent ces formes d'hypérémies.

Subdivisions. — Nous distinguons les hypérémies en *idiopathiques* et en *symptomatiques*. Dans le premier cas, l'affection est purement locale, c'est une maladie de peau dans le sens le plus strict du mot (*dermatonose*, Fuchs). Dans le second cas, elles sont occasionnées par d'autres affections de l'organisme et attaquent aussi la peau (*dermapostase*, Fuchs).

a. HYPÉRÉMIES ACTIVES IDIOPATHIQUES.

Sous ce titre, nous décrirons toutes ces rougeurs qui sont provo-

quées par des altérations affectant directement la surface cutanée, et dans lesquelles on ne constate qu'un afflux plus considérable de sang en un point, ou dans lesquelles, enfin, l'hypérémie constitue la première et la plus importante modification.

Puisqu'on a toujours donné le nom d'*érythème* à toutes les affections dans lesquelles la peau présente une coloration rouge, nous conserverons cette même expression.

Nous nous permettrons cependant d'ajouter à cette désignation l'épithète de «*congestivum*» (congestif), pour indiquer d'une manière plus précise la forme dont nous voulons parler ici, car nous aurons plus tard, en parlant des processus exsudatifs, à décrire un *érythème exsudatif.*

ÉRYTHÈME CONGESTIF IDIOPATHIQUE.

L'*érythème congestif* est caractérisé par les symptômes propres aux hypérémies actives de la peau, et par l'absence de tout phénomène indiquant une maladie de quelque autre partie de l'organisme. L'étendue et la configuration (Zeichnung) de cette éruption varient selon l'espèce et le degré de l'influence nuisible qui l'a produite et suivant la susceptibilité du malade.

Nous serions entraîné trop loin si nous voulions essayer d'énumérer toutes les causes pouvant donner naissance à une hypérémie idiopathique active sous forme d'*érythème congestif.* Nous sommes donc obligé de nous borner à mentionner seulement ces formes de l'affection qui sont le plus souvent observées, ou qu'il est indispensable de connaître, parce qu'elles constituent les phénomènes transitoires d'affections cutanées plus graves (Uebergangserscheinungen).

1. Erythema traumaticum.

La pression que subit notre peau par le fait de vêtements étroits ou de bandages dans les différentes positions du corps et par le frottement ou la démangeaison, produit sur les parties qui en sont affectées une coloration rouge dont la configuration doit varier suivant la forme des corps qui l'a produite. Ces rougeurs, cependant, disparaissent promptement, si la pression cesse, et sans laisser aucune trace de leur présence, pourvu que l'action nuisible n'ait pas une intensité trop grande ou une durée trop prolongée. Ainsi, nous voyons des taches rouges de diverses formes, qui sont produites chez les hommes par des ceintures trop serrées, chez les femmes par des corsets, des cordons,

des vêtements trop étroits, et, dans les deux sexes, la même chose s'observe sur les points qui supportent la pression de ces divers moyens contentifs.

On trouve des taches rouges semblables sur le sacrum ou les tubérosités ischiatiques chez les personnes qui restent longtemps assises ou couchées. Enfin, chez les individus qui se grattent avec leurs ongles, ou dont la peau est exposée à d'autres frottements, nous observons des rougeurs cutanées plus ou moins étendues ou pouvant avoir une forme striée : si ces efflorescences ont une courte durée et si elles disparaissent entièrement après la cessation de la pression, elles étaient simplement alors le résultat de l'hypérémie des vaisseaux capillaires des papilles.

Si, cependant, les mêmes agents irritants exercent leur action sur la peau d'une manière répétée et continuelle, l'hypérémie peut déterminer à la longue la stase et l'exsudation, et, dans d'autres circonstances, aller jusqu'à l'hémorrhagie. Dans les deux cas, d'autres affections cutanées peuvent survenir : nous les décrirons à leur place.

La connaissance de ces symptômes morbides est nécessaire en elle-même : ainsi, dans la pratique, ils doivent être bien connus, afin qu'on ne leur attribue pas une plus grande importance qu'ils ne méritent. Mais une autre circonstance doit aussi toujours être présente à l'esprit, notamment que des portions de la peau qui sont le siége de cette espèce d'hypérémie, même d'une étendue peu considérable, peuvent devenir souvent le siége d'affections cutanées exsudatives. Ainsi, quand la variole survient chez les femmes, les pustules sont bien plus nombreuses à la ceinture et au-dessus des mollets, où se trouvent des attaches et des liens fortement serrés, que sur les parties de la peau qui n'ont pas été soumises à de semblables pressions. C'est ainsi que, si la gale survient chez des personnes obligées par leurs occupations sédentaires à se tenir continuellement sur des siéges, comme des bancs ou des chaises durs, on trouvera toujours sur leurs fesses ou sur leurs tubérosités ischiatiques, non-seulement de nombreux sillons, mais aussi des tubercules, des vésicules et des pustules. On pourrait citer d'autres cas analogues.

2. Erythema caloricum.

Les rougeurs qui résultent de l'action d'une température plus ou moins élevée sur la peau peuvent être considérées comme de simples hypérémies, aussi longtemps que, sous ce changement de coloration, il n'apparaît pas d'autres déviations de l'état normal. Mais, aussitôt

que l'existence de produits inflammatoircs se révèle par la présence d'une tuméfaction ou par la formation de vésicules ou de bulles, etc., l'affection est alors à un degré plus élevé et appartient au domaine des processus exsudatifs.

Nous devons citer comme un exemple d'*erythema caloricum* hypérémique la rougeur de la peau qui est déterminée par l'air chaud ou froid, ou par des bains pris dans les mêmes conditions. Quand l'influence de ces agents cesse, la coloration disparaît, ne laissant après elle aucune trace de sa présence, ni sous forme de desquamation, ni sous celle de pigmentation.

3. Erythema ab acribus seu venenatum.

Comme on le sait, nous possédons plusieurs substances qui exercent sur la peau une action irritante par suite de leurs propriétés chimiques, et dont le premier effet est de produire un engorgement des capillaires de la peau; en d'autres termes, un érythème hypérémique. Par l'action prolongée de ces agents, des produits inflammatoires surviennent en même temps: sur la peau, donnant ainsi naissance à un érythème exsudatif; et sous l'épiderme, formant alors des papules, des vésicules ou des bulles.

Nous connaissons parfaitement quelques-unes de ces rougeurs qui sont produites par différentes matières minérales végétales et animales: par exemple, par l'*hepar sulphuris*, par les *semina sinapis*, par les poils de la larve du *Gastropacha processionea*. La forme et l'étendue de ces éruptions dépendent de la nature des substances qui les ont occasionnées et de la durée de son action; elles sont en général limitées à la portion de peau qui a été en contact direct avec elles. Mais il ne manque pas d'exemples dans lesquels un corps irritant, agissant seulement sur une petite partie circonscrite, a donné lieu à une rougeur plus diffuse et même générale de toute la surface tégumentaire.

b. HYPÉRÉMIES ACTIVES SYMPTOMATIQUES.

Dans le cours des différentes espèces de maladies générales, qu'elles soient ou non accompagnées de fièvre, nous observons des rougeurs dont ces affections sont évidemment la cause. Ces éruptions peuvent précéder la principale maladie, comme c'est le cas dans celle appelée *roseola variolosa;* ou peuvent l'accompagner, comme cela arrive pour le *strophulus volaticus;* ou, enfin, peuvent survenir dans le cours de la maladie primitive, comme on le voit pour la *roseola vaccina* et la *roseola*

cholerica. Chez les personnes en bonne santé, on voit également de semblables rougeurs se produire sous une influence nerveuse ou des impressions morales. Qui ne connaît cette rougeur qui se produit habituellement et seulement aux joues, mais peut envahir tout le visage, la nuque, et même, dans des cas exceptionnels, toute la surface cutanée, et qui, bien que désignée sous le nom de *rougeur pudique* (Schamröthe), est cependant tout aussi souvent occasionnée par la colère, la contrariété et la confusion ?

Bien que quelques affections générales soient, plus souvent que d'autres, accompagnées de semblables rougeurs érythémateuses sur la peau, la connexion entre ces maladies et les éruptions n'est pas tellement étroite, que l'une puisse exister sans l'autre. Ainsi, nous voyons le typhus se présenter aussi bien avec que sans roséole. L'efflorescence n'est pas alors une partie indispensable des phénomènes présentés par la maladie générale; sa présence ou son absence ne change pas les caractères essentiels de cette dernière. En effet, le cours de cette maladie n'est même pas modifié sensiblement par l'apparition de ces rougeurs, et c'est seulement dans certains cas que leur présence peut avoir quelque importance au point de vue du pronostic.

La connaissance de ces formes d'érythèmes a cependant une valeur négative. Elle sera nécessaire pour préserver de l'erreur si souvent commise, qui fait considérer toute maladie fébrile, accompagnée d'une rougeur de la peau, comme un exanthème contagieux (scarlatine et rougeole). De telles conclusions, si elles ont été établies trop précipitamment, peuvent avoir des conséquences fâcheuses.

Par rapport à ces érythèmes symptomatiques, nous pourrions nous contenter de ce que nous avons déjà dit, et les réunir ensemble sous le nom d'*erythema fugax*, qui leur est donné dans tous les ouvrages. Mais comme quelques maladies sont, plus fréquemment que d'autres, accompagnées de semblables rougeurs, et comme, dans les traités de dermatologie, plusieurs dénominations sont indiquées qui trouveraient naturellement leur place dans notre système, nous faisons bien, croyons-nous, de les énumérer ici.

Sous le nom de *roséole* (*rosalia, rubeola*, rose-rash, Rötheln, Ritteln, Wiebeln, Feuermasern, der rothe-Hund), Willan (1) a décrit « une efflorescence d'une coloration rose, de formes variées, sans vésicules et sans papules et non contagieuse ».

Telle est, d'après Willan, la définition de la roséole, qu'il divise en

(1) « On cutaneous Diseases », by Robert Willan, M. D., 1808, vol. I, p. 433.

roseola æstiva, *autumnalis*, *annulata*, *infantilis*, *variolosa*, *vaccina* et *miliaris*. Il mentionne encore, en terminant, une autre forme qui s'observe dans le typhus (fièvre nerveuse ou contagieuse). D'autres auteurs, comme Rayer (1), Alibert et Fuchs (2), ont pensé qu'il était utile d'indiquer, outre ceux-ci, d'autres variétés de cette affection, et de décrire encore, en dehors de ceux qui ont déjà été nommés, une *roseola febrilis*, *rheumatica*, *cholerica*, *idiopathica* et *symptomatica*, *saltans*, etc. A ces nombreuses espèces de roséoles on peut encore ajouter plusieurs autres noms qui ont été donnés par ces dermatologistes, ou par d'autres, aux hypérémies symptomatiques de la peau. Ainsi le *strophulus volaticus* et *intertinctus*, le *feu de dents*, de Willan, le *nirlus* de William Bate et d'Alibert, le *feu rouge* des écrivains français, et le *red gown* et le *wildfire rash* des médecins anglais, ne sont évidemment pas autre chose que des formes passagères d'érythèmes qui peuvent accompagner tantôt une maladie, tantôt une autre.

Je pense que nous ne devons donner une description spéciale que des variétés suivantes de l'érythème et de la roséole.

1. Érythème infantile, ou Roséole infantile.

Dans l'organisme des enfants, comme tout le monde le sait, toutes les manifestations morbides apparaissent avec une certaine intensité qu'on n'observe pas chez les adultes. Par le fait, des désordres peu importants dans la santé, en général, sont souvent, chez les enfants, accompagnés de symptômes graves (stürmisch). Ainsi, comme résultat de la fièvre appelée catarrhale, rhumatismale ou gastrique, survenant par suite du processus de la dentition ou de la présence des vers, etc., nous observons chez ces petits malades des rougeurs qui sont parfois disséminées sur de larges espaces de la peau, et ressemblent ainsi à la scarlatine, tandis que, dans d'autres cas, elles présentent des taches distinctes, et ont alors l'aspect de la rougeole.

Ceux donc qui croient que, pour le diagnostic des exanthèmes contagieux, il est suffisant de constater les efflorescences survenant sur la peau, seront induits en errenr en considérant ces rougeurs passagères comme une preuve évidente de rougeole ou de scarlatine. Mais l'observation du cours ultérieur de la maladie leur apprendra bientôt le contraire ; là, dans les fièvres exanthématiques, l'éruption a une durée

(1) « Traité théorique et pratique des maladies de la peau », par Rayer, 2e édit., 1835.
(2) « Die krankhaften Veränderungen der Haut, etc. », von C. H. Fuchs. Göttingen, 1840, pp. 177, 927, 1024, und 1065.

déterminée et plus longue, tandis que, si c'est une roséole ou un érythème, elle disparaît aussi rapidement qu'elle est venue, ne se montrant que quelques heures ou un jour au plus. Cependant ces formes d'éruption, soit à leur début, soit quand elles disparaissent, présentent ce mode régulier de développement et de rétrogression que nous sommes habitués à voir dans la rougeole et dans la scarlatine. En outre, on constate l'absence des symptômes dont la présence habituelle dans les exanthèmes forme une partie de leurs caractères essentiels.

Je fais allusion à l'affection catarrhale grave des voies aériennes dans la rougeole, et à la maladie inflammatoire plus ou moins intense du pharynx dans la scarlatine. Ce qui nous vient encore en aide pour le diagnostic de l'*erythema infantile* ou de la *roseola infantilis*, c'est le fait que, après la disparition de la rougeur, il ne reste ni pigmentation, ni desquamation de l'épiderme.

On a remarqué, pour les symptômes subjectifs de ces affections, que les malades se plaignent souvent d'un sentiment de chaleur, de démangeaison légère, de brûlure. Ces sensations sont cependant de courte durée, et cessent aussitôt que les symptômes objectifs ont disparu.

La *roséole infantile*, d'après la description que nous en avons donnée, n'est donc pas une maladie indépendante, et l'on doit se borner à la considérer comme un symptôme accompagnant d'autres maladies. Elle peut se présenter, soit dans le cours d'affections légères se terminant par la guérison, ou bien dans d'autres plus graves et dont l'issue peut être fatale. Toutefois on ne saurait la considérer comme un signe favorable ou défavorable, par rapport à l'issue probable de la maladie qui l'a amenée. Aussi cette variété d'érythème ou de roséole ne présente aucune importance spéciale quant au pronostic, ni rien qui soit digne de mention à propos de son traitement. La méthode expectante ou l'emploi de substances inertes sont très-appropriées à cette affection.

2. Erythema variolosum, Roseola variolosa.

Pendant la période préliminaire de la variole, avant l'apparition de l'éruption, et généralement vers le second jour de la maladie, il n'est pas rare de trouver toute la surface du corps recouverte d'une rougeur diffuse (*erythema*), ou d'observer des taches séparées (*roseola*), d'une coloration légèrement rosée, dont la dimension varie entre celle d'une lentille et celle de l'ongle, qui apparaissent d'abord sur la figure et plus tard sur d'autres parties du corps. La durée de ces efflorescences

est très-courte. Dans l'espace de douze à vingt-quatre heures la véritable éruption variolique fait graduellement son apparition, et à mesure que la rougeur qui l'a précédée s'efface, les papules caractéristiques se développent entièrement. Le diagnostic de la *roseola variolosa*, ou d'un *erythema variolosum*, est impossible au début, et l'on peut seulement le faire à une période ultérieure, quand les efflorescences varioliques ordinaires ont fait leur apparition. La présence de cet érythème a été ainsi fréquemment une cause d'erreurs ; car, s'appuyant sur la présence d'une éruption rouge, accompagnée d'accidents fébriles, des médecins ont cru qu'ils avaient affaire à des rougeoles, dans des cas où tous les caractères de la variole se sont bientôt après manifestés. On peut donner une explication semblable de l'affirmation faite par certains écrivains, que la rougeole, la scarlatine et la variole peuvent survenir quelquefois ensemble, attaquant simultanément le même malade, opinion qui provient d'une interprétation erronée de cette forme d'érythème ou de roséole.

Je ne puis m'empêcher, à cette occasion, de mettre dans la même balance mon autorité basée sur l'expérience de plusieurs milliers de cas de maladies, en opposition avec l'opinion de ces auteurs qui affirment que plusieurs de ces exanthèmes peuvent exister en même temps. J'ai vu aussi une de ces maladies (comme la variole) apparaître après la terminaison complète, c'est-à-dire à la fin de la période de desquamation d'un autre exanthème (comme la rougeole). Mais selon certains auteurs, deux exanthèmes (rougeole et variole, scarlatine et variole, ou même scarlatine et rougeole) peuvent exister en même temps, sur le même malade. Or, il ne m'a jamais été possible de constater le fait ci-dessus (comme le dit, entre autres, le professeur Mauthner), et, dans mon opinion, on n'a jamais pu en fournir aucune preuve.

Nous devons aussi mentionner ici un autre phénomène particulier qui précède l'éruption de la variole, bien que la similitude existant entre sa marche et celle de l'affection que nous avons décrite soit la seule raison qu'on ait de l'introduire à cette place.

Tout à fait au début des premiers symptômes fébriles de la variole, on observe, dans quelques cas, sur l'abdomen et à la partie interne et supérieure des cuisses, une rougeur qui est quelquefois une simple hypérémie, et disparaît sous la pression du doigt ; mais qui est, dans d'autres cas, de nature hémorrhagique et persiste alors sans changement.

Cette rougeur reste invariablement limitée à un espace circonscrit, à la partie supérieure, par une ligne imaginaire tirée transversalement

sur le nombril, sur les côtés par les régions lombaires, et en bas par une ligne tracée en travers sur les cuisses, environ à trois travers de doigt au-dessus des genoux. Elle s'étend plus en dehors dans la région inguinale que plus bas, en dessous, vers les genoux; de manière que, lorsque les cuisses sont rapprochées, l'espace occupé par la rougeur forme un triangle dont la pointe est dirigée en bas. Deux ou trois jours environ après l'apparition de cette rougeur, la véritable éruption variolique commence. Cette éruption s'étend graduellement sur toute la surface cutanée, à l'exception des endroits que nous avons déjà mentionnés sur l'abdomen et les cuisses. De plus, à mesure que le développement de ces vésicules varioliques augmente, l'intensité de la rougeur observée sur ces parties diminue; de telle sorte que, au moment où la suppuration commence, ces parties sont devenues tout à fait pâles ou présentent simplement un dépôt pigmentaire. Dans tous les cas, il n'y a pas la plus légère trace d'une efflorescence variolique.

Cet érythème peut se montrer en tout temps et atteint les hommes aussi bien que les femmes. Mais on l'observe beaucoup plus souvent dans certaines épidémies de variole que dans d'autres, et on le voit aussi bien plus fréquemment chez le sexe féminin que chez le sexe masculin.

Par rapport au pronostic, l'apparition de cette rougeur sur l'abdomen d'un malade atteint de variole ne doit pas être nécessairement considérée comme un signe défavorable.

Ces cas, cependant, se terminent plus souvent d'une manière funeste que par la guérison, et principalement quand l'affection passe de la simple hypérémie à l'hémorrhagie; quand, par le fait, un *purpura* plutôt qu'un *érythème* se montre sur l'abdomen et sur les cuisses, dans la période prodromique de la variole.

3. Roseola vaccina.

C'est un fait bien connu que l'inoculation, soit avec la matière variolique (le contenu des pustules de la variole vraie), soit avec la sérosité vaccinale (prise sur l'éruption qu'on trouve sur le pis des vaches ou sur les vésicules d'une personne vaccinée antérieurement); c'est un fait bien connu, dis-je, que cette inoculation donne lieu à une maladie générale. Elle se manifeste souvent simplement par la reproduction de vésicules semblables à celles qui avaient fourni la matière à inoculer. D'autres fois, cependant, il survient aussi des altérations morbides sur d'autres parties de la peau; celles qu'on observe le plus

fréquemment sont l'apparition de simples taches rouges isolées. Cette éruption, qui constitue la roséole vaccinale, se montre entre le troisième et le dix-huitième jour après l'inoculation, généralement d'abord sur les bras, et la grosseur des taches varie depuis celle d'une pièce de cinquante centimes jusqu'à la paume de la main. Elle persiste souvent pendant quelques heures seulement, et rarement elle dure plus d'un jour, après lequel elle disparaît sans laisser après elle ni pigmentation ni desquamation. Dans quelques cas, cependant, on voit cette éruption s'étendre aux parties adjacentes de la peau, et donner lieu ainsi à un érythème diffus ; mais ce sont des exceptions. Sauf de légers accès de fièvre, de courte durée, on n'observe généralement pas de troubles dans la santé de l'inoculé : c'est pourquoi tout traitement médical est superflu.

Mais il en est tout autrement quand ces affections, résultats d'une inoculation, atteignent un degré plus élevé d'intensité, et quand la lymphangite, qui était la cause de l'érythème ou de la roséole, passe à l'état de *dermatitis*. Nous voyons alors des érysipèles, des inflammations du tissu cellulaire sous-cutané, des abcès, des furoncles et même la gangrène, qui mettent souvent en danger la vie du malade et sont toujours suivis par un certain nombre de symptômes graves, symptômes qui, bien que se rencontrant quelquefois avec elle, manquent généralement dans les cas de simple roséole.

D'autres efflorescences surviennent quelquefois aussi sur la peau après la vaccination, qui, par leur intensité, leur importance, tiennent une place intermédiaire entre la roséole vaccinale et les formes plus graves de l'inflammation de la peau. Elles consistent dans la formation de papules, d'élevures, de vésicules, de bulles, et sont décrites par certains auteurs (1) comme *lichen*, *urticaria*, *eczema*, et *pemphigus vaccinatorum*. De telles dénominations ne peuvent pas, cependant, d'après mon opinion, être justement appliquées à ces affections, car dans la dermatologie, aussi bien que dans les autres branches de la médecine, la distinction entre une maladie (Krankheit) et un symptôme de maladie (Krankheitserscheinung) doit toujours être observée.

Comme nous l'avons déjà établi, en donnant les caractères généraux de l'hypérémie active, toutes les affections cutanées qui sont rangées sous ce titre ont une marche aiguë et sont de courte durée. Leur cause varie dans les différents cas, et à ce propos il ne peut être cependant

(1) Alois Bednar, « Die Krankheiten der Neugebornen und Säuglinge, etc.» Vienne, Gerold, 1853 (IV Theil, s. 127).

question d'un traitement spécial pour les formes d'érythème et de roséole que nous avons décrites à cette place. Nous devons nous borner à instituer une médication contre la maladie qui a donné lieu à l'éruption, suivant les indications spéciales à chaque cas. L'érythème ou la roséole, *comme maladie de peau*, n'exige aucun traitement.

Parmi les *érythèmes hypérémiques* et les *roséoles*, je me suis borné à indiquer les formes qui, dans le plus grand nombre des cas, résultent simplement d'une injection excessive des capillaires cutanés. Il y a cependant d'autres variétés qui sont occasionnées par des processus exsudatifs : tels sont la *roseola typhosa*, *cholerica*, etc., et l'*erythema papulatum*, *nodosum*, etc. Elles sont placées par Willan dans la même classe que les autres, mais c'est évidemment une erreur; on doit les ranger parmi les processus exsudatifs aigus dont la peau est le siége.

Il est, je pense, à peine nécessaire de justifier la division que j'ai établie entre des affections de la peau qui ont été réunies par Willan et par plusieurs de ses successeurs, sous les noms de *roseola* et d'*erythemata*. Dans la classification des dermatoses, j'ai posé des principes qui sont entièrement distincts de ceux de Willan, et le groupement des maladies doit être conforme à ces règles. En effet, quand je distingue ainsi les formes d'érythème et de roséole produites par exsudation, de celles qui sont simplement le résultat d'une hypérémie, je ne fais pas, à mon point de vue, une division entre maladies de même espèce, je fais plutôt une séparation entre des affections cutanées produites par des processus morbides entièrement différents, et je classe ensemble celles dont l'origine est la même.

B. HYPÉRÉMIES PASSIVES.

Symptômes. — Une coloration de la peau rouge bleu (livide), bleu noir, disparaissant sous la pression, une tuméfaction légère, à moins qu'il n'y ait de l'œdème, diminution dans la chaleur de la surface, tels sont les symptômes des hypérémies passives qui sont le résultat de la stase du sang (Blutstauung).

Subdivisions. — Comme dans les hypérémies actives de même que dans les passives, nous distinguons des formes *idiopathiques* de celles qui sont *symptomatiques*.

a. HYPÉRÉMIES PASSIVES IDIOPATHIQUES.

Nous avons vu que des irritants de différentes espèces, si leur action sur la surface de la peau n'est que transitoire et légère, amènent la

production d'hypérémies actives; les mêmes agents peuvent amener les formes passives de congestion, surtout si leur action se prolonge et s'exerce sur les plus gros troncs veineux. Ainsi une pression sur une partie de la peau, si elle n'est pas trop forte ou trop prolongée, amènera, à la surface, une teinte rose brillante (c'est-à-dire la teinte d'un état hypérémique actif); tandis qu'une pression, même légère, appliquée directement sur une des veines superficielles les plus grosses, déterminera une coloration bleu rouge sur les parties; en d'autres termes elle produira une hypérémie passive.

Il faut distinguer ces colorations bleues locales de la peau de celles produites par des causes internes, qui sont alors le plus souvent générales. Ces dernières portent, comme on le sait, le nom de *cyanosis* (Blausucht); nous donnerons à la première variété les noms de *livor cutis*, *livedo* (Blauung), et nous les diviserons en *livedo mechanica* et *livedo calorica.*

1. Livedo mechanica (coloration bleue de la peau produite par des causes mécaniques).

Cette forme de maladie est caractérisée par la coloration de la peau qui varie du gris plombé au bleu rougeâtre, ou par une teinte noire bleuâtre. Elle est généralement bornée à des parties circonscrites de la peau; on l'observe surtout aux extrémitées, et elle est accompagnée d'un œdème plus ou moins considérable. Quand la cause qui lui a donné naissance cesse, elle s'efface graduellement, et finit par disparaître complétement, sans donner lieu à d'autres effets. Parmi les symptômes qui accompagnent habituellement cette affection, on peut noter une diminution de motilité dans les parties où la circulation est ainsi ralentie, des troubles dans la sensibilité, des sensations de fourmillement et de brûlure.

Nous voyons ces affections survenir chaque jour, surtout par suite de l'action de vêtements trop serrés, de bandages ou de jarretières, qui entourent un membre et le compriment au point de ralentir la circulation dans les veines superficielles. Le sang s'accumule ainsi graduellement dans les petites veines; son cours dans les capillaires, ses fonctions, subissent une gêne, et c'est ainsi que l'état que nous venons de décrire se trouve produit.

Comme tout le monde le sait, avant de procéder à la saignée, on comprime, d'habitude, une des grosses veines superficielles, et si alors le bandage se trouve trop serré ou est laissé trop longtemps en place, nous avons occasion d'observer cette forme de coloration cutanée.

Toutefois une pression peut être exercée sur les veines cutanées par quelque lésion située dans les parties molles sous-jacentes, ou dans l'os, comme par exemple par des tumeurs, et dans ces cas l'aspect de la peau sera le même. De plus, la gêne de la circulation et l'accumulation du sang dans les parties éloignées du corps peuvent résulter aussi d'une altération des veines elles-mêmes, telles qu'une affection de leurs valvules, une paralysie ou un état variqueux. Nous voyons ces lésions se produire surtout aux jambes des personnes qui sont fréquemment obligées de rester debout pendant longtemps de suite. Chez des personnes âgées, nous rencontrons aussi la lividité des mains et des pieds, indépendamment de toute autre maladie ; et cette lésion paraît être due, dans ces cas, à un défaut d'innervation.

2. Livedo calorica (teinte bleuâtre de la peau produite par l'action du froid).

L'expérience journalière nous apprend que la peau de certaines personnes est extrêmement sensible au froid. Si ces individus se déshabillent dans une chambre où il règne une température de 63° à 68° F., et bien plus, si elles restent exposées pendant quelque temps à une telle température, dans un état de nudité complète ou partielle, leurs veines s'injectent à un tel point, que les plexus qu'elles forment peuvent être aperçus aussi distinctement que ceux qu'on observe sur la peau d'un cadavre (sogenannte Todtenflecke). Dans ces circonstances, le tégument externe présente des lignes rouge bleu et bleu foncé, larges de 2 centimètres environ, communiquant entre elles et formant des cercles ou des figures sinueuses variées. Ces dessins s'observent surtout à la peau des extrémités, et, à un degré moindre, sur la surface du tronc. Ils s'effacent complétement sous la pression du doigt, mais reparaissent rapidement quand elle cesse ; et ce n'est que lorsque le malade s'est habillé et s'est réchauffé qu'ils disparaissent tout à fait. Cet effet du froid s'observe plus fréquemment chez les jeunes sujets que chez des personnes plus âgées, et on le remarque surtout chez la femme.

Il faut aussi noter, à cette place, la coloration rouge bleuâtre ou bleu foncé de la peau que l'on observe, chez quelques femmes, sur les mains ou à la figure, et particulièrement sur le nez et les joues, après une courte exposition à l'action d'un froid très-vif. Toutefois cette coloration bleue ne persiste qu'autant que l'action du froid continue ; elle passe immédiatement à une teinte naturelle ou d'un rouge vif, sous l'influence d'une température plus élevée : ce fait, joint à l'absence de tuméfaction, distingue suffisamment cette altération des engelures (*perniones*, Frostbeulen).

Je ne puis m'empêcher de signaler ici un état qu'on observe dans quelques cas, sur la peau des extrémités, et principalement sur les mains, état dû à l'action du froid. Il est constitué par l'apparition de taches distinctes de couleur vermeille, siégeant sur une base plus ou moins livide, et d'une dimension qui varie du volume d'une lentille à celui d'une pièce de cinquante centimes. Ces taches rouges combinées avec la coloration bleue du reste de la peau donnent lieu à une apparence marbrée, et rappellent l'aspect que présentent les poumons d'un enfant qui n'a respiré que peu de temps et imparfaitement. Ces taches vermeilles de la peau doivent-elles leur origine à un processus analogue, c'est-à-dire à une respiration cutanée ? C'est là une question que nous abandonnons aux physiologistes, nous contentant d'avoir simplement signalé le fait.

Remarque. — Bien que les hypérémies passives qui ont été décrites jusqu'ici paraissent avoir peu d'importance par elles-mêmes, si on les compare aux altérations de la peau produites par des maladies, leur connaissance est parfois cependant d'une grande importance. Elle nous permet, en effet, d'expliquer avec exactitude bon nombre d'états anormaux et exceptionnels présentés par des maladies cutanées dont l'aspect normal nous est familier. Nous pouvons ainsi comprendre comment des affections qui s'accompagnent généralement d'une coloration rouge vif de la peau peuvent avoir quelquefois une teinte d'un bleu rouge, sans qu'il y ait pourtant de changement essentiel dans leur nature. Nous pouvons de même éviter l'erreur (par laquelle l'étude des maladies cutanées a été si entravée) de voir dans chaque coloration différente d'une dermatose bien connue une variété nouvelle et distincte, et de créer immédiatement pour elle une nouvelle appellation scientifique. C'est ainsi que Willan, par exemple, sous le nom de *lepra nigricans*, a figuré et décrit une maladie des extrémités inférieures qui n'est évidemment rien autre chose qu'un psoriasis ordinaire siégeant sur les jambes d'une personne atteinte de varices des veines superficielles, et dans lequel la coloration habituelle, d'un rouge vif, était changée en une teinte bleu rougeâtre ou bleu noirâtre par suite de l'hypérémie passive ou mécanique.

b. HYPÉRÉMIES PASSIVES SYMPTOMATIQUES.

Les colorations bleues de la peau qui se rangent sous ce titre se distinguent principalement par les particularités suivantes. Elles affectent généralement des portions considérables de la peau et se bornent

habituellement à quelques régions spéciales. Elles ont une teinte beaucoup plus foncée, et durent, en général, bien plus longtemps que les hypérémies idiopathiques ; elles peuvent même persister pendant toute la vie du malade. Elles sont aussi liées à des affections produisant un trouble permanent, ou au moins momentané, dans la santé générale.

On a essayé de diviser ces affections en deux variétés, selon que la cause de la maladie se trouve dans les organes de la circulation ou dans ceux de la respiration. Dans le premier cas, la maladie a été appelée *cyanosis* ou *morbus cœruleus* (Blausucht) ; dans le second cas, *pneumatelectasis* (Sticksucht).

Cette classification, toutefois, a trouvé peu de partisans. Les altérations de la peau sont les mêmes dans les deux cas, et la cause peut rarement être isolée, soit pendant la vie, soit sur le cadavre, au point de justifier l'établissement d'une distinction entre la forme de cette affection due à une maladie cardiaque et celle attribuée à une affection pulmonaire. Le nom de *cyanosis* peut donc être appliqué, avec raison, à toute décoloration bleue de la peau produite par des changements dans la circulation, et toutes ces dénominations de *cyanosis*, *morbus cœruleus*, *cyanopathia*, *atelectasia*, *anœmatosis*, *maladie bleue* (die blaue Krankheit, Blausucht, Sticksucht), doivent être regardées comme synonymes.

Nos ancêtres considéraient la cyanose comme une maladie particulière et indépendante, dont la cause immédiate se trouvait, soit dans le mélange du sang artificiel et du sang veineux dans les parois des vaisseaux, soit dans quelque obstacle à la décarbonisation du sang veineux (1). Même dans des ouvrages plus modernes (2), nous voyons exprimer l'opinion que le sang prend une apparence veineuse cyanotique quand il ne rencontre pas une proportion convenable d'air atmosphérique pur. Ces auteurs ont basé en partie leur opinion sur le résultat des examens nécropsiques des sujets dont la mort a été rattachée à la cyanose. Et, en effet, on constate dans ces cas différents vices de conformation : la persistance du *foramen ovale* ou *ductus Botalli*; l'absence ou la perforation du *septum ventriculorum ;* l'existence d'un seul ventricule au cœur ; l'absence, le rétrécissement ou l'occlusion

(1) « Beobachtungen und anatomisch path. Erörterungen über die Blausucht », von Dr. M. Aberle, Professor der Anatomie zu Salzburg, in den Med. Jahrbuch des östr. Staates, Band XLVI, neue Folge, Band XXXVII, Wien, 1844, pp. 1, 142.

(2) « Lehrbuch der path. Anatomie », von Prof. Dr. C. E. Bock. Leipzig, 1847, p. 231.

de l'artère pulmonaire ou de l'aorte; l'origine anormale des gros vaisseaux. La même opinion s'étayait, toutefois, sur d'autres cas de cyanose, dans lesquels il s'était produit des paroxysmes de dyspnée. Ces accès ayant été suivis de perte de connaissance, de convulsions, de la production d'écume à la bouche, et d'autre part d'une teinte bleuâtre de la peau, envahissant d'abord la face et particulièrement les lèvres, pour gagner graduellement ensuite toute l'étendue de la peau, on a été naturellement amené à tirer cette conclusion que la maladie était d'une nature particulière.

D'autre part, Rokitansky (1) a pleinement démontré, en détail, ce qui avait déjà été enseigné en partie par Morgagni, Ferrus, Louis et d'autres, que *la cause de la cyanose se trouve toujours dans un obstacle apporté au passage du sang veineux dans le cœur*, état qui finit par amener une stase sanguine et l'engorgement des capillaires. Il s'ensuit que la durée de la cyanose, d'une part, et le degré auquel elle sera accompagnée d'autres symptômes de maladie, variera selon les causes qui ont produit l'obstruction du cours du sang veineux. Parmi ces causes, peuvent se trouver les suivantes : Lésions organiques du cœur ou des gros vaisseaux, comme, par exemple, hypertrophie et dilatation extrêmes du cœur, avec maladie des valvules; défaut de proportion entre les dimensions du cœur et celles des gros vaisseaux, etc.; affections pulmonaires, telles que le catarrhe, l'emphysème, la bronchiectasie, la pneumonie, la compression des poumons par un épanchement pleurétique, etc.; enfin, troubles de l'innervation, dépendant généralement d'une affection du cerveau.

Les altérations morbides de la peau, résultant de ces causes, sont les suivantes : La surface cutanée prend une teinte d'un gris plombé ou même noire bleuâtre, et cette coloration s'accuse surtout aux endroits (tels que les lèvres, les gencives, les joues, les doigts, les orteils, etc.) qui, chez les personnes bien portantes, sont d'une coloration particulièrement brillante ou rouge vif. La température de la peau baisse : ainsi, chez un malade affecté de cyanose, de F. Nasse (2), le thermomètre, placé dans la main du sujet, descendit à 79°,2 Fahr. (21° R.); ce phénomène s'observe principalement aux parties éloignées du corps, telles que les mains, les pieds et la face. De plus, des sueurs froides couvrent le corps de ces malades, spécialement à la paume des mains et à la plante des pieds, et enfin il se produit de l'anasarque.

Ces symptômes sont constants, s'aggravant seulement par inter-

(1) « Handbuch der Path. Anatomie », II. B. Wien, 1844, p. 511.
(2) « Reil's Archiv », B. X, p. 285.

valles, à mesure que de nouveaux accès, accompagnés de dyspnée, se produisent; ou bien, ils surviennent seulement au moment des paroxysmes, après lesquels ils disparaissent sans laisser après eux aucunes traces de leur présence.

Il ne peut évidemment être question du traitement de la cyanose qu'en tant que nous sommes à même de combattre les états morbides qui lui ont donné naissance.

CHAPITRE IV

IIe CLASSE. — ANÉMIES CUTANÉES.

Phénomènes morbides de la peau, produits par la diminution de l'injection de ses capillaires.

Quoique l'injection insuffisante des capillaires de la peau ne constitue pas une *maladie cutanée* dans le sens habituel du mot, la connaissance des phénomènes produits par l'anémie de la peau n'en est pas moins très-importante, tant pour l'appréciation de beaucoup d'états de l'organisme, que pour l'intelligence de quelques modifications que subissent les dermatoses préexistantes, sous l'influence de l'anémie cutanée.

Les symptômes de l'anémie cutanée ne sont pas les mêmes dans tous les cas; ils varient:

a. Sous le rapport de la coloration de la peau, qui diffère suivant les variétés de la pigmentation physiologique, et suivant les causes qui ont produit l'anémie. Ainsi une peau peu pigmentée prendra une couleur de cire, si l'anémie se manifeste subitement; si, au contraire, elle est la conséquence de maladies antérieures et ne se produit que peu à peu, la coloration de la peau devient d'un jaune pâle graisseux.

Par contre, des portions de peau qui étaient pigmentées auparavant, — et, par conséquent aussi, la peau des races de couleur, — ne deviennent pas plus pâles par l'anémie, mais prennent, au contraire, une teinte plus foncée, ce qui peut s'expliquer par le rapprochement des molécules de pigment, rapprochement causé par le collapsus des vaisseaux vides de sang.

b. Au point de vue de la turgescence normale de la peau, déterminée par son humidité naturelle (proportion d'eau qu'elle contient, Durchfeuctung, Wassergehalt), il y a à remarquer que, quand elle est anémiée, le collapsus des vaisseaux et la résorption des liquides interstitiels produisent une diminution du gonflement normal de la peau, et, par suite, une altération des traits du visage.

c. Quand l'anémie s'effectue rapidement, la température de la peau s'abaisse ; cependant, si l'anémie se prolonge, la température revient à son niveau ordinaire, et peut même dépasser la normale de quelques degrés, si, après des pertes de sang répétées, il s'opère un état d'excitation nerveuse (1).

d. Comme symptômes subjectifs, il y a à noter : la diminution de la sensibilité, qui va quelquefois jusqu'à l'anesthésie ; plus tard, tantôt de l'horripilation et du frisson, tantôt une sensation de cuisson et d'augmentation de la chaleur cutanée.

e. On ne peut naturellement chercher le siége de la maladie que dans le système vasculaire de la peau.

f. Il n'existe pas d'éruptions spéciales tenant à la diminution du sang dans la peau ; par contre, on trouve souvent sur la peau pâle et décolorée des sueurs froides profuses.

g. L'évolution et la durée des anémies cutanées sont très-variables ; tantôt elles sont aiguës et passent rapidement, tantôt elles sont chroniques et persistent longtemps.

h. Les phénomènes secondaires de la peau, chez les individus anémiés, ne se manifestent que quand l'état morbide s'est prolongé : les tissus cornés, tels que l'épiderme, les cheveux, les ongles, qui, sont à l'état normal, imbibés par un blastème liquide, deviennent plus secs et plus friables, tandis que l'amaigrissement et un affaissement particulier de la peau sont aussi produits par l'absorption de la graisse du tissu cellulaire sous-cutané. De plus, l'insuffisance de l'apport du sang à la peau, cause, outre sa décoloration, une diminution des sécrétions et des exsudations ou leur arrêt complet. On remarque enfin que la diminution de l'humidité de la peau détermine un amoindrissement du pourtour des tumeurs préexistantes, des néoplasmes et des portions de peau hypertrophiées.

Les causes de l'anémie de la peau sont : ou bien le manque de sang, ou bien des troubles dans l'innervation.

(1) « Observations on Bloodletting », by Marshall Hall, M. D., 1836, p. 31.

A. Anémie de la peau, par insuffisance absolue du sang.

Nous voyons la quantité de sang contenue dans le corps diminuer de deux manières : ou à la suite d'hémorrhagies, ou par suite d'états morbides dans lesquels il se produit une consomption lente de la masse sanguine.

a. Anémie, suite d'hémorrhagie.

Des pertes de sang, par lésion ou rupture de gros vaisseaux, occasionnent ordinairement, en peu de temps, un état d'anémie générale, qui se manifeste le plus souvent, d'*abord*, par la pâleur de la face, principalement des lèvres, par le refroidissement des extrémités et des sueurs froides; *plus tard*, seulement, s'y joignent les phénomènes de dépression du système nerveux, tels que : le nuage devant les yeux, la perte des sens, le tremblement, l'impuissance à se tenir debout, le malaise, le vomissement, etc., qui donnent ainsi l'image de la *syncope* (Ohnmacht), qui, si l'hémorrhagie se prolonge et si les centres nerveux se paralysent, se transforment en mort apparente (Scheintod), et enfin en mort réelle, sans que la peau prenne un autre aspect sur le cadavre. Les expressions de pâleur cadavérique, aspect cadavérique, couleur mortelle, etc. (Leichenblässe, Cadaveröses Aussehen, Todtenfarbe, etc.) sont les termes connus empruntés aux phénomènes cutanés du cadavre et servent en même temps à désigner les symptômes produits par l'anémie.

b. Anémie, suite de maladie.

Tous les états morbides de l'organisme, dans lesquels il n'y a pas équilibre entre la consommation du sang et sa reproduction, de telle sorte qu'il se consomme plus de sang qu'il ne s'en remplace, sont suivis d'un état qui se traduit entre autres phénomènes par une coloration pâle, livide (terreuse) ou jaune gras de la peau, et qui porte le nom d'oligémie ou d'anémie. C'est ainsi que nous voyons, chez les convalescents de maladies fébriles de longue durée, la peau présenter un aspect tout aussi pâle, aussi terreux que chez ceux qui sont atteints de tuberculose avancée, de syphilis, de scorbut, de cancer, de chlorose, etc. En même temps que, par suite de l'augmentation de la transsudation de la graisse, en dehors des cellules adipeuses de la peau, et, par le fait d'anomalies dans la formation de l'épiderme, la

surface cutanée donne au toucher une sensation de corps gras, on constate aussi sur la peau la présence d'une quantité considérable de petites écailles blanches, semblables à du son. Ce tableau morbide est désigné par les auteurs sous le nom de *pityriasis tabescentium, phthisicorum, scrophulosorum,* etc. Comme phénomène ultérieur tenant aux mêmes causes, nous devons noter la chute des cheveux (*Defluvium capillorum*), qui accompagne l'anémie dans la plupart des cas.

B. Anémie de la peau par innervation anormale.

Des influences de diverses natures peuvent affecter le système nerveux, au point d'amener un état anémique de la peau lié à d'autres phénomènes morbides de toute sorte. La crainte, la peur, les contrariétés et la colère produisent souvent une pâleur du visage, survenant subitement, durant un peu plus longtemps que le trouble moral qui l'a occasionnée, et se terminant, sans autres phénomènes consécutifs, par le retour de la coloration normale de la peau. Dans la syncope, la pâleur des lèvres, de toutes les muqueuses et de la peau, est le premier phénomène visible : en outre, l'anémie de la peau est encore démontrée par ce fait que des plaies récentes cessent de saigner pendant une syncope, bien que, avant comme après cet accident, des hémorrhagies abondantes se produisent.

La connaissance du processus anémique de la peau et du groupe de symptômes auquel il donne lieu, nous fournit l'explication d'un certain nombre de phénomènes, et nous permet de leur attribuer souvent une toute autre signification que celle qu'on avait l'habitude de leur donner jusqu'à ce jour.

La pâleur de la peau, résultant de l'injection insuffisante des capillaires, quelle que soit d'ailleurs la cause de cette insuffisance, se produit naturellement tout aussi bien chez ceux qui n'ont pas de maladie cutanée, que chez ceux dont la peau est altérée. Mais si cette affection cutanée est une de celles qui se manifestent surtout par une injection vasculaire et par la rougeur du tégument, il est évident qu'on ne pourra en voir aucune trace, aussi longtemps que persistera l'état anémique de la peau.

Par la même raison, certaines efflorescences de la peau restent seules visibles sur le cadavre. Telles sont celles qui tiennent à des modifications dans la structure des divers éléments de la peau, comme, par exemple, l'épaississement de l'épiderme dans le tylosis, l'ichthyose, etc. ; de la peau dans la pachydermie, la kéloïde, l'éléphan-

tiasis des Grecs, etc.; et celles qui sont dues à la présence de produits morbides déposés à la surface de la peau ou infiltrés dans ses éléments (tels que les écailles, les croûtes, les dépôts pigmentaires, les formations parasitaires, etc.). Les rougeurs déterminées par des extravasats ou des exsudats considérables restent seules visibles sur le cadavre; toutes celles, au contraire, résultant seulement d'une hypérémie ou accompagnées d'un processus exsudatif moins prononcé, disparaissent toujours après la mort.

D'après cela, on ne s'étonnera pas que, chez les individus morts de rougeole, de scarlatine ou d'érysipèle, la peau présente une coloration toute différente de celle qu'on avait observée pendant la vie. C'est en vain qu'on cherchera sur le cadavre d'une personne atteinte de psoriasis, d'eczéma ou de lichen, les innombrables taches rouge vif qui existaient sur la surface cutanée.

Leur siége ne peut se révéler que par la présence d'écailles ou de pigment; aussi l'existence de ces éruptions est-elle, sans cela, impossible à démontrer après la mort.

En voyant les maladies de la peau, ayant existé pendant la vie, se comporter ainsi sur le cadavre, nous ne serons pas étonnés d'observer les mêmes phénomènes chez un malade dont la peau se trouve dans un état d'anémie analogue à celui d'un cadavre.

C'est pourquoi, quand une syncope survient subitement, nous voyons des dermatoses préexistantes et caractérisées par des rougeurs de la peau disparaître et reparaître ensuite quand la connaissance revient. Par la même raison, des parties de la peau qui avaient une coloration rouge deviennent pâles, au moment de l'agonie.

Une influence semblable sur les différentes formes d'affections cutanées est également produite par l'anémie résultant de la perte du sang, qu'elle soit survenue rapidement par des hémorrhagies, ou graduellement par consomption de la masse sanguine. C'est pour cette raison que disparaissent des dermatoses chroniques, quand des maladies fébriles de l'organisme de longue durée, comme la pneumonie, la fièvre typhoïde, etc., ont déterminé une diminution dans la quantité du sang; ce phénomène se produit en proportion du progrès de la maladie générale. C'est ainsi que nous voyons des dermatoses chroniques alterner avec des affections aiguës des organes internes, disparaissant pendant l'évolution de ces maladies, et revenant ensuite à mesure que la convalescence s'établit. Nous n'avons jamais observé le contraire, c'est-à-dire que la maladie de peau disparaisse d'abord, et que l'affection des organes internes apparaisse ensuite comme consé-

quence de cette disparition. Cette idée qui, il y a quelque temps (et malheureusement encore aujourd'hui) comptait beaucoup de partisans, a donné naissance à la doctrine des métastases dans les maladies chroniques de la peau, doctrine qui ne repose sur aucun fondement.

CHAPITRE V

IIIe CLASSE. — ANOMALIES DES SÉCRÉTIONS DES GLANDES CUTANÉES.

Maladies dues à des anomalies dans les sécrétions des glandes cutanées.

Les affections appartenant à cette classe sont de deux espèces. Le premier groupe comprend les désordres dont sont susceptibles les différentes fonctions des glandes cutanées, le second les altérations survenant dans leur structure. Les dernières, toutefois, ne concernent que les glandes *sébacées;* car jusqu'à présent, les glandes *sudoripares* ne paraissent pas être sujettes à ces lésions de structure.

Je propose, en premier lieu, de décrire celles des conditions morbides des glandes cutanées, qui atteignent l'activité fonctionnelle de ces organes. Je dois d'abord définir le point de vue auquel je me place par rapport à ces désordres.

Ce n'est pas ici le moment de citer les effets importants qui sont produits sur l'organisme en général, par une augmentation ou une diminution, dans l'activité sécrétante des glandes cutanées. Mon objet principal doit être plutôt de décrire les conditions morbides de la peau résultant d'une anomalie dans les fonctions de ces glandes. Notre sujet actuel se trouve ainsi divisé naturellement en deux parties: d'abord les changements morbides dans les sécrétions elles-mêmes, puis ensuite les affections cutanées qui résultent de ces changements.

Avant de parler d'une manière spéciale de la sueur et du sébum (les deux sécrétions que l'on trouve à l'intérieur et sur la surface de la peau), il est bon d'attirer l'attention sur ce fait, que ces substances peuvent être regardées comme existant séparément l'une de l'autre, quand

bien même une seule des deux peut être facilement reconnue par ses caractères particuliers. A peine peut-on découvrir de légères variations dans leur quantité proportionnelle. A l'état sain, les produits de ces deux espèces de glandes arrivent à la surface de la peau dans des conditions plus ou moins aériformes. Entre autres buts, elles servent à rendre la peau moite, polie et brillante. Lorsque les sécrétions se font simultanément et d'une manière normale, elles constituent une exhalation vaporeuse qui ne peut, à proprement parler, être regardée ni comme sueur, ni comme matière sébacée, mais qui, en réalité, est une combinaison de ces deux sécrétions. En y ajoutant les fluides et les gaz fournis par les vaisseaux des papilles elles-mêmes (indépendamment de ceux d'autres organes glandulaires) et qui traversent l'épiderme, l'exhalation dont nous avons parlé plus haut est ce que les physiologistes ont appelé la *materia perspiratoria*. Le fait que les sécrétions des glandes sudoripares et sébacées sont amenées simultanément sur la surface cutanée et là mélangées, a été le point de départ de sérieuses difficultés pour déterminer, à l'état normal, les caractères microscopiques ou chimiques de l'un et l'autre de ces produits. En réalité, aucune des analyses faites jusqu'à présent ne peut être considérée comme parfaitement correcte.

Ceux qui ont étudié la composition de ces substances ont adopté diverses méthodes; mais ils n'ont jamais réussi, d'une manière parfaite, à séparer l'une de l'autre les sécrétions de ces deux espèces de glandes. Thénard, pour ses expériences, se servait de chemises saturées de transpiration ; Anselmino recueillait la sécrétion, en renfermant une partie du corps dans un tube cylindrique de verre; Schottin, dans le même but, lavait la surface de la peau après la mort. Aucuns résultats satisfaisants n'ont été obtenus par l'un ou l'autre de ces procédés; Seguin n'a pas mieux réussi en employant pour absorber les sécrétions perspiratoires, de la soie dont la surface extérieure était recouverte de caoutchouc; les essais de Funke et de Favre, pour recueillir la sueur d'une personne placée dans un bain de vapeur et que l'on faisait reposer sur une surface métallique percée à son centre, n'ont pas été plus heureux. Quels que soient les moyens adoptés, les expérimentateurs n'ont pu obtenir la sécrétion pure des glandes sudoripares, mais un mélange de cette sécrétion et du sébum contenant, en même temps, des écailles épidermiques et des exhalaisons vaporeuses condensées. Les conditions artificielles dans lesquelles ces études ont été faites ont produit, nécessairement, de nouvelles erreurs dans les résultats, en altérant la quantité des sécrétions cutanées.

Aussi les opinions des différents auteurs, en ce qui concerne la quantité et la nature des sécrétions glandulaires de la peau, n'ont qu'une valeur restreinte. C'est, en effet, ce que confessent Ludwig, Henle, Lehmann, Valentin, Kölliker et d'autres physiologistes.

Quant à la composition chimique de la sueur, ceux qui l'ont analysée affirment qu'elle contient 99,30 à 99,55 pour 100 d'eau, le résidu se composant de matières solides, parmi lesquelles se trouvent le chlorure de sodium, le phosphate de chaux, l'hydrochlorure d'ammoniaque et quelques traces de fer et de matière graisseuse. Favre, par exemple, indique, comme matières solides contenues dans cette sécrétion : le chlorure de sodium, le chlorure de potassium, le sulfate de potasse, le phosphate de soude, le phosphate terreux, l'albuminate de potasse, le lactate de potasse, un sel de potasse contenant un acide particulier (Schweisssaueres Kali), de l'urée et de la graisse.

Schottin (1) a analysé la transpiration des pieds et a trouvé, sur 100 parties, 5 centièmes de matières insolubles et 84 centièmes de matières solubles. Ces dernières sont composées comme il suit :

Phosphate de chaux	0,037
Phosphate de magnésie	0,013
Chlore	0,279
Acide sulfurique	0,049
Acide phosphorique	0,020
Sodium	0,251
Potassium	0,099

Il est nécessaire, toutefois, de ne pas oublier qu'il s'observe de grandes variations dans la quantité et la qualité des sécrétions cutanées qui se produisent à l'état normal chez le même individu et plus encore chez différentes personnes en apparence bien portantes et de constitution semblable. On ne doit, en aucune façon, tenir compte de ces différences dans les analyses que j'ai indiquées ; ce fait peut être donné comme une nouvelle preuve des divergences dans les résultats obtenus par des observateurs aussi éminents et vient s'ajouter à la difficulté dont j'ai parlée d'isoler ces sécrétions et de les analyser séparément. D'où il résulte pour moi que les distinctions entre les diverses maladies de la peau occasionnées par les conditions morbides de ses organes glandulaires ne doivent pas reposer sur des analyses chimiques pareilles à celles dont je viens de parler. Les caractères de la maladie, dans chaque cas, doivent être regardés à un point de vue clinique, et

(1) « *De sudore*, diss. inaug. », Lipsiæ, 1851.

la définition de la maladie doit se baser sur le mode de succession des symptômes, c'est-à-dire sur la marche de l'affection.

C'est à ce point de vue que je vais m'efforcer de traiter ce sujet.

Les affections produites par les désordres fonctionnels des organes glandulaires de la peau peuvent se diviser en trois groupes, suivant la nature des produits morbides qui se présentent. En premier lieu, sont les maladies qu'on ne peut pas positivement considérer comme étant le résultat d'une activité pervertie des glandes sudoripares, des glandes sébacées ou même des papilles de la peau. La substance qui apparaît à la surface de la peau est alors ce que, dans des conditions normales, on appelerait *materia perspiratoria*. Viennent ensuite les affections qui sont accompagnées de la formation, en grande quantité, d'un liquide aqueux dû en notable partie aux glandes sudoripares. Enfin l'état dans lequel la sécrétion paraît être le produit des glandes sébacées, non-seulement par sa composition particulière, mais encore par la position qu'elle occupe.

A. Affections produites par les conditions morbides de la materia perspiratoria.

Les conditions que nous rangeons dans cette catégorie sont celles dans lesquelles notre odorat est fortement et désagréablement affecté par des exhalaisons d'une odeur spéciale. Même à l'état normal, chaque individu répand autour de lui une odeur particulière, bien qu'elle soit à peine perceptible à nos sens. Les animaux tels que les chiens, dont l'odorat est très-développé, sont renommés pour reconnaître leur maître par ce sens plutôt que par celui de la vue; il est également notoire que certains individus à l'état sauvage, tels que les nègres et les Indiens, sont capables de sentir à distance leurs amis ou leurs ennemis.

Mais, quelque imparfait que soit notre odorat, certaines personnes produisent cependant sur nous une impression désagréable; il en est même qui, malgré les soins les plus scrupuleux de propreté, ne peuvent se débarrasser de la mauvaise odeur particulière qui les accompagne. On ne peut pas affirmer que cette odeur désagréable appartienne exclusivement aux sécrétions perspiratoires. Au contraire, les odeurs qu'on peut constater dans ces cas rappellent généralement celles d'acides graisseux; substances certainement formées, en proportion plus grande, par les glandes sébacées que par les glandes sudoripares.

Aussi ne suis-je pas disposé à attribuer seulement à l'état morbide de

la sueur, la maladie que les auteurs ont appelé *Bromidrosis* (*Osmidrosis*, stinkender Schweiss). Je la regarde comme résultant plutôt d'une condition anormale de la *materia perspiratoria*, c'est-à-dire de l'exhalaison cutanée dans son ensemble.

Dans ces cas de bromidrose, la maladie, comme on le sait, peut être générale, affectant la surface cutanée dans son entier ou confinée sur un point spécial de la peau. Aussi, si nous voulons suivre l'ancienne terminologie, nous diviserons cette maladie en *Bromidrose générale* et *Bromidrose locale*.

a. Bromidrose générale.

Sous cette dénomination sont rangés les cas dans lesquels il s'élève, de la surface de la peau, une exhalaison fétide dont il est impossible d'indiquer la source spéciale, le malade étant, à ce moment, à l'état sain et les sécrétions cutanées n'étant pas particulièrement augmentées ou du moins ne se réunissant pas sous forme de gouttes.

Si un individu reste continuellement dans une atmosphère imprégnée d'une substance ayant une odeur particulière, cette odeur adhérera mécaniquement à sa peau, à ses vêtements, à ses cheveux. Mais en même temps il respirera ces matières odorantes suspendues dans l'air et il devra les exhaler par l'intermédiaire des organes cutanés, c'est-à-dire par les glandes sudoripares, les glandes sébacées et les papilles. Nous en avons eu la preuve par les observations que nous avons faites chez ceux qui, pendant un certain temps, avaient été placés dans ces conditions. Malgré les efforts réitérés que de tels individus peuvent faire pour se nettoyer, ce n'est qu'après un laps de temps considérable qu'ils perdent la sensation subjective de cette odeur particulière et qu'ils cessent de l'exhaler par la peau.

Il y a eu quelques médecins qui, avec Heim, de Berlin, ont soutenu que non-seulement chacun des exanthèmes avait une odeur particulière, mais encore qu'ils pouvaient la reconnaître avec tant de précision, qu'ils se trouvaient dans la position enviable de distinguer, par le moyen de l'odeur, ces maladies l'une de l'autre. On a trouvé que les malades atteints de rougeole exhalaient une odeur semblable à celle qui se dégage des plumes nouvellement arrachées; que dans la scarlatine l'odeur ressemblait à celle du pain nouveau; dans la petite vérole à celle d'une ménagerie; dans la maladie appelée «*Friesel*» (1) (miliaire)

(1) Cette maladie est décrite tout au long par le prof. Hébra, sous le nom de « miliaire », dans une partie ultérieure de cet ouvrage, parmi les dermatoses exsudatives, aiguës, non contagieuses.

à celle de la paille en décomposition. Mais il faut que l'odorat soit bien extraordinairement développé pour pouvoir découvrir ces odeurs; et, dans aucun cas, elles ne peuvent mériter le nom de caractéristiques, car les substances avec lesquelles on les compare n'ont certainement pas une odeur assez marquée pour empêcher de les confondre avec bien d'autres.

b. Bromidrose locale.

Parmi les régions de la peau qui donnent le plus fréquemment naissance à ces odeurs désagréables, nous devons indiquer, en premier lieu, les aisselles. Dans ces régions, comme on le sait, il y a de gros corps glandulaires, qui ont une ressemblance générale dans leur structure avec les glandes sudoripares, mais qui ont été appelés glandes *cérumineuses*, parce qu'ils sont encore plus identiques avec celles que l'on trouve dans le conduit auditif externe, et qui sécrètent le cérumen. Le vrai caractère de ces organes est douteux; on discute encore pour savoir si on les rangera parmi les glandes sébacées ou parmi les glandes sudoripares.

Les organes génitaux de l'homme et de la femme, le périnée, le voisinage de l'anus, la plante des pieds et particulièrement les surfaces latérales des doigts peuvent aussi être signalés comme sujets à laisser échapper de fortes odeurs.

Dans chacune de ces régions, la sécrétion de la peau a, à l'état normal, une odeur désagréable, et dans certaines circonstances elle peut augmenter de quantité et changer de caractère, de telle sorte que cette altération devient elle-même une maladie. De plus, cette sécrétion donne naissance à un état maladif de la peau sur laquelle elle s'écoule; le phénomène qui se produit alors est parfois une simple rougeur ou une macération de l'épiderme, en d'autres termes un intertrigo; tandis que d'autres fois il prend les proportions d'une éruption véritable, d'un caractère papuleux, vésiculeux ou bulleux et présente, en réalité, tous les symptômes de l'eczéma.

En ce qui concerne plus particulièrement la bromidrose *pedum*, elle provient de la quantité extraordinaire de sécrétion cutanée qui est exhalée, plutôt que d'une altération dans sa composition au moment de sa sortie. La fétidité de l'odeur augmente évidemment avec la plus grande abondance du liquide; car si nous comparons l'odeur ordinaire de la sécrétion cutanée des pieds avec celle d'une transpiration maladive, nous trouvons que ces odeurs diffèrent entre elles, non pas en qualité, mais seulement en intensité, cette dernière augmentant ou

diminuant suivant la quantité du liquide exhalé. A l'état normal, on ne perçoit l'odeur qu'en approchant le nez près des pieds de l'individu ; dans l'état morbide, elle se perçoit à une assez grande distance.

Quelle que soit l'abondance relative de la sueur, les recherches prouvent que ce liquide n'est pas, en réalité, la seule source des mauvaises odeurs qui se présentent dans la sécrétion cutanée. Au contraire, cette odeur tient dans une large proportion à la présence de matières graisseuses, provenant des glandes sébacées qui existent en nombre considérable sur les faces latérales et sur la surface dorsale des pieds. Lorsque cette sécrétion commence, elle n'exhale pas d'odeur plus désagréable que celle des glandes sudoripares ou des papilles. L'odeur se prononce surtout lorsque le liquide est resté pendant quelque temps sur la surface de la peau et spécialement quand il y subit une décomposition, alors que son évaporation a été empêchée par les chaussures. Comme je l'ai déjà dit, cette sécrétion contient des matières graisseuses en grande quantité, qui sont sujettes aux mêmes changements que les autres substances de même nature, changements consistant dans la formation d'une série bien connue d'acides gras parmi lesquels sont le *caproïque* et le *caprinique*. La décomposition qui est favorisée par la chaleur et la moiteur de ces régions donne à la transpiration l'odeur caractéristique de ces acides.

Ces changements se présentent même dans des conditions normales, mais dans une proportion bien plus grande lorsque la sécrétion des pieds est excessive, au point d'imbiber les bas et les chaussures du malade. Il est évident que plus ces objets seront saturés de transpiration et portés longtemps, plus ils s'imprégneront de l'odeur qu'elle développe et la communiqueront autour d'eux.

C'est un fait dont il est facile d'avoir la preuve en prenant une personne souffrant de ces infirmités, en lui enlevant ses souliers et ses bas, en lui lavant les pieds plusieurs fois et en la laissant couchée dans un lit pendant quelques jours. Si, après cette période, on compare l'odeur des objets avec celle des pieds, on s'apercevra que ceux-ci, bien que peut-être couverts de sueur sous les couvertures, ne donnent plus l'odeur désagréable qui adhère encore fortement aux bas et aux souliers.

Il est clair, d'après ce que nous venons de dire, qu'à proprement parler, il n'y a pas de maladie dans laquelle la sécrétion des pieds est fétide, mais qu'il y a une maladie dans laquelle ce liquide est formé en quantité excessive et finit par acquérir une mauvaise odeur tenant à sa décomposition.

Il n'y a donc aucun fondement aux idées absurdes qui ont prévalu autrefois sur l'utilité ou la nocuité de cette sécrétion fétide, ou sur les mauvais effets de sa suppression qu'on supposait capable d'amener une foule de maladies (1).

B. Affections occasionnées par des désordres fonctionnels des glandes sudoripares.

1. Changements dans la quantité de cette sécrétion.

A. Hypéridrose.

a. Hypéridrose générale.

Sous le nom d'hypéridrose on comprend cet état de la peau dans lequel la sécrétion des glandes sudoripares apparaît comme un liquide en forme de gouttes et ne se vaporise pas entièrement, ainsi que cela a lieu à l'état normal. L'emploi de ce terme devrait, toutefois, être réservé pour les cas où cette accumulation de sueur se présente dans des conditions qui passeraient inaperçues à l'état normal, de telle sorte

(1) Cette disquisition bien sentie sur la sueur des pieds, n'aurait droit qu'à notre approbation la plus complète, si sa conclusion ne portait atteinte à l'un des préceptes les mieux justifiés de la médecine pratique. Le prof. Hebra s'attache à prouver qu'il n'y a pas, aux pieds, d'organes spéciaux d'une sécrétion fétide, que la fétidité dépend, non d'une qualité particulière de la sécrétion sudorale, mais de la rétention de cette sécrétion.

Certes, notre confrère a raison; et il aurait pu même ajouter, aux causes de cette rétention, l'exacte et constante adhésion réciproque des orteils entre eux. Mais, de ce qu'il n'y a pas de principe âcre spécial dans cette transpiration, il ne s'ensuit pas du tout que sa suppression soit sans danger. Tout en reconnaissant qu'il ne saurait s'agir, ici, d'un venin, d'un principe délétère dont l'absorption serait dangereuse, les cliniciens savent qu'une sécrétion habituelle quelconque ne peut être diminuée, supprimée, sans de graves conséquences pour la santé générale. La sueur des pieds en est l'exemple le plus frappant; et nous avons, presque toujours ici, à côté de l'épreuve, la contre-épreuve. Car si rien n'est plus fréquent qu'une bronchite, qu'une dyspepsie, qu'un coryza chronique développés à l'occasion de cette suppression, rien n'est à la fois plus commun et plus consolant pour le médecin que le spectacle de la certaine, de la presque subite amélioration qui se produit dans ces maladies, lorsque la transpiration pédienne a été rappelée. Pour moi, quand j'ai sous la main, quand j'ai découvert une telle cause morbide, je me sens aussi tranquille, aussi sûr de mon indication, que si je maniais un spécifique. Et c'est avec une entière confiance dans le succès, que je congédie alors mon malade avec cette simple formule :

Tous les soirs, en vous couchant, enveloppez les pieds de coton cardé, sur lequel vous aurez répandu :

Poudre de chaux.................................. } parties égales,
Poudre de chlorhydrate d'ammoniaque............ }

le tout recouvert de taffetas ciré et gardé toute la nuit. A continuer pendant plusieurs jours.

(A. D.)

que cette sécrétion serait considérée comme étant morbide, d'autant plus qu'elle donne naissance à certaines affections de la peau.

Il est évident que je ne puis pas, ici, décrire les variétés d'hypéridrose (Schweisssucht) dues à la présence de quelque autre maladie, dans laquelle la sueur est un des symptômes réguliers, ou dans laquelle elle se présente souvent.

Je ne parlerai donc pas de l'éphidrose chronique non fébrile de Schönlein (1), ou des sueurs colliquatives des malades phthisiques, ou des sueurs appelées critiques qui se présentent dans les affections fébriles aiguës, comme le typhus et les exanthèmes. Je ne dirai rien non plus de la suette de Picardie (2), affection qui apparut en Picardie, en 1718, ni de la *sudor Anglicus* (3), une des maladies qui atteignit l'armée d'Henri VII en 1485 et qui exerça ses ravages en France, en Angleterre et en Allemagne, à cinq époques différentes, de 1485 à 1550. J'étudierai les hypéridroses seulement à un point de vue dermatologique, me bornant à décrire celles de ces affections qui consistent simplement dans une perversion de la fonction perspiratoire ou qui sont occasionnées par l'action locale sur la peau de la sueur déjà sécrétée.

Il est bien connu que certains individus transpirent dans certaines circonstances où la peau d'autres personnes reste complétement sèche ; et cependant cette forme d'hypéridrose ne détermine aucun effet fâcheux sur la santé générale ni sur les fonctions de l'économie. Les exemples n'en sont pas rares, soit dans la littérature médicale, soit dans la pratique journalière. Les personnes qui « se fondent » (zerfliessen) en transpiration au moindre exercice corporel sont généralement fortes, bien nourries, avec des dispositions à l'obésité, possédant une bonne digestion et un bon appétit.

Il est d'autres individus qui transpirent énormément, mais seulement sous l'influence d'une température élevée, comme lorsqu'ils sont exposés aux rayons du soleil ou à toute autre source artificielle de chaleur intense. C'est une observation que l'on peut faire chez les habitants des climats méridionaux ou chez les chauffeurs, les verriers et les gens qui ont des occupations analogues.

Chez bon nombre d'individus, ce surcroît d'activité des glandes perspiratoires n'entraîne aucun changement morbide dans les conditions de vitalité de la peau (in dem Hautleben) ; mais chez d'autres il amène

(1) Schönlein's « Path. u. Ther., nach dessen Vorlesungen, von einigen seiner Zuhörer herausgegeben », III, p. 142. St-Gallen, 1841.

(2) Ozanam, « *Mal. épidém.* », I, p. 222. Paris et Lyon, 1835.

(3) *Ibid.*, IV, p. 93.

une efflorescence exactement semblable, en tant que forme et couleur, aux éruptions bien connues comme étant produites par l'action de divers irritants. Cette efflorescence consiste généralement en petites papules rouges situées ordinairement à l'orifice des glandes cutanées. Il se présente quelquefois des vésicules pouvant même contenir un liquide puriforme et qui sont, en réalité, de petites pustules. Elles sont d'abord isolées les unes des autres; ce n'est que lorsque l'éruption a duré un certain temps qu'elles se réunissent de manière à former de larges taches.

Ces phénomènes ont reçu différents noms, suivant les causes qui les ont engendrés. Lorsqu'ils existent sur la peau de personnes, d'ailleurs en bonne santé, chez lesquelles la surface cutanée est couverte de gouttes de sueur, on les appelle *sudamina*. Lorsqu'on les observe dans les climats méridionaux, on leur donne le nom de *calori;* le *lichen tropicus* de Willan, le *sesh* de Cleghorn, le *prickly heat* des Anglais, et le *Hitzbläterchen* des écrivains allemands sont autant de noms différents pour désigner la même affection.

Dans leur forme, leur évolution, leur siége et dans la marche qu'elles suivent, ces éruptions sont tout à fait semblables à celles que l'on peut provoquer artificiellement sur la peau à l'aide de divers irritants. Ainsi l'action de l'eau chaude ou froide sous forme de bains, des fomentations, des lotions, donnent naissance aux affections que l'on désignait autrefois sous le nom de *psydracia thermalis* et qui plus récemment, lorsqu'elles sont amenées par un traitement hydropathique, ont été considérées comme indicatives de crises (Hautkrisen). Elles sont, de fait, des formes artificielles d'eczéma, et la maladie que je décris actuellement leur est parfaitement identique, comme je l'ai dit. Il serait donc préférable, en réalité, d'employer le nom d'eczéma pour désigner ces éruptions papulaires et vésiculaires dues à l'hypéridrose, en y ajoutant certaines épithètes comme *sudamen*. On leur imposerait alors la désignation commune d'*eczéma sudamen*. On a toutefois donné, d'une manière assez générale, le nom de *sudamina* (1) à ces affections; les autres termes dont je me suis servi ne doivent cependant pas être complétement laissés de côté : ils sont employés dans différents ouvrages; j'ai donc dû les rappeler, mais je dois, en terminant, faire remarquer que toutes ces appellations — sudamina, miliaria rubra, calori, etc. — appartien-

(1) Il est à peine nécessaire de faire remarquer que ce terme est généralement employé, par les écrivains anglais, dans un sens différent. L'éruption consistant en vésicules transparentes, communément appelées sudamina, dans ce pays, est décrite par le prof. Hebra, sous le nom de *Miliaria*. (*édit. angl.*)

nent à une seule et même éruption qui accompagne une sueur abondante.

La preuve en est que, lorsque une efflorescence a duré assez longtemps, les phénomènes qu'elle présente sont, en tous points, identiques avec ceux des autres formes d'eczéma déterminé soit par l'action de quelque irritant cutané, soit par les conditions morbides du système en général.

Ceux qui sont familiarisés avec les différents degrés par lesquels passe un eczéma, les reconnaîtront facilement dans ce qu'on appelle les *sudamina,* éruption occasionnée par une sueur excessive. C'est particulièrement le cas, lorsque la transpiration se produit sans interruption jour et nuit, comme chez ceux qui vivent sous les tropiques ou qui se livrent à certaines occupations. On peut observer la même chose, lorsque ces formes d'efflorescences, regardées comme crises, et par conséquent que l'on doit désirer, sont aggravées par des méthodes de traitement supposées bonnes, mais qui, en réalité, déterminent des résultats tout à fait contraires.

Il pourrait arriver, ainsi, que les variétés les plus graves d'eczéma rubrum et d'eczéma impetiginosum fussent occasionnées par des éruptions qui, au début, étaient de simples sudamina. Pour arriver à ce résultat nous n'avons qu'à exciter davantage les glandes cutanées, en faisant porter au malade des vêtements chauds, en lui donnant des boissons chaudes et en le maintenant dans une température élevée. Des onctions stimulantes sur la peau, l'usage de bains chauds ou froids, pouvant agir également comme irritants, suffisent quelquefois pour convertir un simple eczéma papulaire ou vésiculaire en une des formes les plus graves de cette même maladie.

Mais si dans un de ces cas la température de la peau n'est plus maintenue au-dessus du niveau habituel et si la sueur profuse cesse, l'éruption disparaîtra promptement ; quelques-unes des *papules* se couvriront de petites écailles d'épiderme détaché ; la démangeaison diminuera et l'enveloppe cutanée reviendra graduellement à l'état sain et finira par ne plus présenter de traces de la maladie qui l'avait affectée. Mais, même lorsque les sudamina disparaissent ainsi au lieu de se transformer en affections plus graves (comme lorsqu'ils sont irrités), la marche qu'ils suivent montre leur identité avec l'eczéma.

Certains auteurs ont émis différentes opinions en ce qui concerne le mode de développement de ces éruptions dues à une sueur excessive. Quelques-uns pensent que le liquide exhalé sur toute la surface de la peau par les papilles, et non pas seulement par les glandes sudoripares,

s'accumule sous l'épiderme et le soulève sous forme de papules ou de vésicules. D'autres considèrent les orifices des glandes sudoripares comme le siége des vésicules, par la raison que les conduits en spirale de ces glandes s'ouvrent très-obliquement. D'autres enfin pensent que la sueur, lorsqu'elle est formée, est un excitant pour la peau et agit comme tous les irritants appliqués à sa surface, et ils la considèrent comme le résultat de cette action.

L'examen approfondi de cette affection montre, toutefois, que les papules et les vésicules ne sont pas produites par l'action de la sueur, après sa sécrétion, mais se manifestent, sinon avant que la transpiration arrive, du moins simultanément avec sa première apparition.

Ainsi, il y a certaines personnes qui, lorsqu'elles sont sujettes à des sueurs excessives, peuvent se couvrir en quelques heures, durant une seule nuit par exemple, d'une énorme quantité de sudamina. Chez d'autres individus, au contraire, quelques régions de la peau sont, pendant des années, presque continuellement couvertes de transpiration sans sudamina, ou même sans qu'il survienne jamais la plus légère éruption. C'est ce qui a lieu chez la plupart d'entre nous, particulièrement sur la peau qui se trouve dans le creux axillaire et des organes génitaux. La sueur, comme tout autre liquide chaud, agit d'une manière nuisible sur les parties de la peau avec lesquelles elle se trouve en contact. Mais c'est l'épiderme le premier qui souffre de cette action, ce n'est que lorsqu'il a été macéré ou adouci que le chorion sous-jacent peut être affecté.

Je suis donc disposé à considérer les sudamina comme occasionnés, moins par la sueur répandue sur la surface cutanée que par l'état hypérémique de la peau et l'élévation de température qui lui sont consécutives et qui précèdent la sécrétion de ce liquide. Les vaisseaux qui aident à la formation de la sueur comprennent ceux qui fournissent les papilles aussi bien que ceux qui tiennent, dans leurs mailles, les glandes sudoripares et sébacées; la totalité du réseau des vaisseaux capillaires situés dans la peau et au-dessous d'elle, concourt à la formation de la sueur. Aussi, le liquide perspiratoire, répandu partout en quantité excessive et se ramassant sous l'épiderme, le soulève sous forme de papules ou de vésicules, pendant que, en même temps, les papilles elles-mêmes deviennent le siége de rougeur et d'enflure.

La preuve de l'exactitude de cette manière de voir est assurément fournie par ce fait, que le malade se plaint d'une sensation de picotements passagers à la peau pendant le développement des sudamina, ce

que l'on pourrait à peine expliquer, si il n'y avait en jeu que les glandes sudoripares, organes dont tout le monde sait que la sensibilité est peu développée. Mais ces symptômes précurseurs, constitués par un picotement allant quelquefois jusqu'à un prurit intense, sont des sensations que l'on observe également dans d'autres affections des papilles cutanées. Le nom anglais « *prieckly heat* » paraît se rapporter à ces symptômes subjectifs.

Traitement. — Quoique l'assistance médicale ne soit pas demandée dans bien des cas de sudamina, il y a cependant quelques variétés plus graves de cette affection qui ont pu être observées par des médecins, soit qu'on les ait prises pour d'autres maladies, ou bien parce que le malade se trouvait incommodé par les sensations de démangeaison ou de picotement qui les accompagnent.

Lorsque nous sommes à même de diminuer ou de faire cesser la température élevée à laquelle est exposé le malade, il n'y a aucune difficulté à le soulager de ses souffrances. Cela ne peut pas toujours avoir lieu, il est même quelquefois impossible de le soustraire à l'influence des agents qui ont déterminé la maladie.

Dans de semblables circonstances, nous devons éviter d'aggraver la maladie par un traitement peu judicieux; par dessus tout, nous ne devons pas permettre au malade de prendre des bains. Les bains chauds sont particulièrement nuisibles; nous devons en proscrire l'usage, lors même, comme cela arrive souvent, qu'on insiste pour avoir notre permission. Il est également important d'abandonner le vieux préjugé, qu'on ne doit pas chercher à guérir trop rapidement ces éruptions, dans la crainte d'une métastase. Mon intime conviction est qu'on doit faire tout son possible pour éviter l'apparition de nouveaux sudamina. Enfin, il faut éviter avec soin d'irriter la peau, car une irritation, quelle que soit sa cause, pourrait amener un développement plus considérable de l'éruption et la production de nouvelles papules ou vésicules.

Dans bon nombre de cas, l'absence de nouvelles causes d'irritation sera suffisante pour soulager ou même pour guérir le malade. Mais il est nécessaire de se rappeler que toutes les substances huileuses ou graisseuses, comme toutes les pommades contenant ces substances, agissent comme irritants sur la peau de bien des individus. Dans le traitement de cette affection, nous devons donc éviter avec soin toute application de ce genre, en défendant en outre au malade l'usage des bains qui, comme je l'ai dit, sont tout à fait nuisibles. Un mode de traitement simplement expectatif, pourvu que la peau soit conservée fraîche

et sèche, suffira, dans bien des cas, pour amener l'évolution de la maladie. Le linge de corps et de lit doit être souvent changé, plus particulièrement les objets qui sont imprégnés de transpiration ; on peut faire des applications locales, comme remède auxiliaire, avec des substances pulvérulentes, comme l'amidon, le lycopode et l'amyanthe pulvérisée.

B. Hypéridrose locale.

Lorsque les sécrétions perspiratoires d'une région du corps subissent une augmentation, la surface de cette région devient inévitablement moite et fraîche. Mais si la sueur continue, l'action locale du fluide sécrété sur la peau, donne lieu à certains effets nuisibles. En pareil cas, l'épiderme étant saturé de sueur, présente la même apparence que lorsqu'il a été, pendant quelque temps, soumis à l'action d'un autre liquide chaud. Ces conditions sont, en réalité, identiques avec celles produites par un bain chaud. Ainsi, à la paume des mains, à la plante des pieds, la peau se ride et prend une couleur blanche, les couches les plus superficielles se détrempent et se ramollissent, de manière à se détacher facilement par le frottement. On n'observe pas les mêmes symptômes dans d'autres régions, par exemple, sur la peau du crâne, des régions axillaire et génitale, quand bien même la peau a été, pendant une longue période, exposée à l'action locale de la sueur. Dans ces régions, la surface restant, comme nous l'avons déjà dit, moite et fraîche, il se produit une rougeur à la peau plus ou moins intense, et la couche cornée de l'épiderme se détache partiellement. Cette affection est ce qu'on appelle intertrigo (Fratt). Quelquefois aussi, l'éruption ordinaire que j'ai décrite sous le nom de sudamina, se produit dans ces cas.

Comme conclusion, je ne dois pas oublier de citer les cas indiqués par différents auteurs (1), de sueur se présentant seulement sur un côté du corps. Cette affection est quelquefois générale, quelquefois partielle. Elle occupe parfois une seule joue (2), ou un hypochondre (Doleus) ; un côté de l'abdomen, de la poitrine ou de la nuque ; ou l'un des mem-

(1) Francus de Franckenau, « De Sudores unius tantum lateris, c. addendis, » G. Detharding (« Miscell. Acad. Nat. Cur., » Dec. 1, A. 4 et 5, 1673 et 1674, p. 103; Cent I et II, append., p. 188). J. Schmid (*ib.*, Dec. II, A. 2, 1683, p. 287). P. Rommel (*ib.*, Dec. II, A. 10, 1691, p. 376). S. Ledel (*ib.*, Dec. III, A. 2, 1694, p. 62). B. T. Otto Hannemann (*ib.*, Dec. III, A. 5 et 6, 1697, 1698, p. 461). Bichat, « Anatomie générale, » Paris, 1812, t. IV, p. 703. B. Roque, « Observateur des sciences médicales, » avril 1823. Jos. Frank, « Hantkrankheiten, » III Theil, p. 312, Leipsig, 1843.

(2) Kostremski, « Mémoires de Paris, » 1740, Hist., p. 51.

bres supérieurs ou inférieurs. Pour ma part, je n'ai jamais eu occasion de voir un cas pareil; cependant je ne suis pas disposé à douter de l'exactitude des faits rapportés par les écrivains que je viens de citer, ni à nier la possibilité d'affections aussi anormales, produites par les glandes perspiratoires. Nous pourrions peut-être même en donner, aujourd'hui, l'explication en les rapportant à un état morbide de l'innervation locale.

Quelques écrivains de renom, comme Ledel, Frommann, Lanzoni, Paulini, Helwich et Speranza, sont cités, par Jos. Franck (1), comme ayant vu la sueur se former après la mort. Je ne puis cependant pas admettre la vérité d'un fait aussi extraordinaire, car il est physiquement impossible. L'erreur vient, à ce qu'il me paraît, de ce que l'on a, quelquefois, trouvé des cadavres humides. Ce fait, toutefois, peut être expliqué par cette circonstance bien connue que les corps froids, placés dans l'air, à une température supérieure, condensent, sur leur surface, des vapeurs aqueuses et deviennent, par conséquent, moites. Ainsi, par exemple, il se forme pendant l'hiver un dépôt d'humidité sur les vitres d'une chambre chaude.

Les formes de sueur locale qui offrent le plus d'intérêt, au point de vue dermatologique, sont celles qui affectent les aisselles, les organes génitaux, la paume des mains et la plante des pieds. Car, dans ces régions, il se produit quelquefois des symptômes morbides sur la signification desquels peuvent se méprendre ceux qui n'ont qu'une connaissance imparfaite des changements pathologiques et physiologiques auxquels la peau est sujette. Ce qui a été écrit sur cette question, montre que ces maladies ont été souvent considérées comme plus sérieuses qu'elles ne le sont en réalité.

Les effets de l'hypéridrose peuvent se présenter sous une forme plus intense que celle que nous avons décrite et ne plus consister en une simple rougeur de la surface ou dans la production de papules ou de vésicules incommodant peu le malade. Ils peuvent, quelquefois, dégénérer en affections cutanées graves, de tout point semblables à celles des formes de l'eczéma provoquées par des irritants locaux. En d'autres termes, *l'hypéridrose locale peut donner naissance à l'eczéma à ses différents degrés*. J'aurai occasion de revenir sur ce point, lorsque je parlerai de l'étiologie de l'eczéma.

Lorsque l'eczéma simple ou même l'*eczéma rubrum* ou l'*eczéma impetiginosum* se présente sous les aisselles, sur le scrotum, sur la surface

(1) Op. cit., Band III, p. 317.

interne des cuisses, ou sur la marge de l'anus, nous devons toujours avoir présent à l'esprit que la maladie a pu être causée par un état morbide de la fonction perspiratoire locale.

Je n'ai jamais vu la paume des mains et la plante des pieds atteintes d'eczéma comme résultat de l'hypéridrose. La paume des mains n'est jamais affectée par la sécrétion de sueur qui a lieu sur sa surface; elle est seulement plus humide et plus froide. Dans quelques cas il ne se produit pas d'autres changements à la plante des pieds; mais d'autres fois, surtout lorsqu'une transpiration excessive a duré pendant longtemps, l'épiderme de ces régions se ramollit et se sépare par fragments; il en résulte un état très-douloureux de la peau, qui est ainsi mise à nu. Sa tendreté est quelquefois si grande que le malade ne peut ni se promener, ni se tenir debout, ni porter aucune chaussure, et qu'il en est réduit à garder le lit.

Ainsi l'*hyperidrosis localis*, maladie, en elle-même, de peu d'importance, peut, dans certains cas, devenir excessivement désagréable aux personnes qui en souffrent, non-seulement par la douleur qu'elle détermine, mais encore parce qu'elle les empêche de vaquer à leurs occupations. Tout ce qui devait être dit eu égard à l'odeur de la sueur, dans ces maladies, a été décrit longuement, sous le nom de bromidrose.

Lorsque nous avons occasion d'observer un de ces cas pendant longtemps, nous trouvons souvent que les affections cutanées causées ou amenées par une sueur excessive disparaissent sans déterminer d'autres effets nuisibles, au moins en ce qui concerne la peau; d'autres fois, elles dégénèrent en intertrigo, en sudamina ou même en eczéma. Dans ce cas, la maladie ainsi produite suit la marche ordinaire et bien connue des autres formes de l'affection. Enfin, lorsque les mains ou les pieds sont les parties affectées, les seuls symptômes que l'on observe sont les changements dans l'épiderme, que nous avons décrits plusieurs fois.

Lorsque ces différentes affections se sont une fois développées et ont atteint un certain degré d'intensité, elles ne subissent plus de changements importants, mais elles restent stationnaires tant que les causes excitantes persistent. Elles n'affectent, en aucune façon, le système général, de telle sorte que, d'un côté, des maladies préexistantes ne peuvent être ni guéries ni améliorées par l'apparition d'une hypéridrose locale, et que de l'autre, l'affaissement de l'enflure n'amène pas le développement d'une nouvelle maladie. On a supposé que de pareils effets s'étaient produits, mais il est probable que dans la plupart de

ces cas il y avait erreur d'observation, la maladie n'ayant pas été suivie assez attentivement; l'autre supposition est qu'ils sont survenus accidentellement.

Notre connaissance de l'étiologie des maladies qui affectent le corps humain est jusqu'à présent malheureusement très-limitée ; il n'y a que peu d'affections dont nous ayons pu déterminer la cause réelle. Lorsqu'on ne peut pas trouver d'explication plausible, les hommes de l'art aussi bien que ceux étrangers à la profession, sont sujets à attribuer la maladie à des agents tout à fait imaginaires; comme, par exemple, *coups de froid*, *écarts de régime*, ou même *émotions morales*; c'est ainsi que la suppression des éruptions, de la transpiration des pieds ont été reconnues comme l'une des causes de différentes affections. Un observateur consciencieux ne se laissera pas entraîner à croire à une pareille théorie. Mon expérience m'a fait voir que certaines personnes peuvent souffrir pendant plusieurs années de l'une des formes locales de l'hypéridrose, particulièrement de celle qui affecte les pieds, sans que cependant cette maladie soit un talisman capable de les protéger d'autres affections internes; d'un autre côté, j'ai quelquefois réussi à arrêter des sueurs abondantes et je n'ai jamais, pendant plus de vingt ans, vu aucune autre maladie survenir par suite de mon traitement.

Je suis, jusqu'à présent, incapable d'expliquer la cause exacte de l'hypéridrose qui affecte les mains ou les pieds, ou même celle des autres formes de cette maladie. Je trouve, d'après la statistique, qu'elle atteint les jeunes aussi bien que les vieux, les hommes et les femmes, les riches et les pauvres, ceux qui ont des habitudes de propreté comme ceux qui en manquent, ceux qui sont en bonne santé comme ceux qui sont atteints d'autres maladies.

Notre connaissance des causes de ces affections est si restreinte que nous en sommes réduits à une méthode empirique pour les guérir. Heureusement nos efforts réussissent quelquefois.

Bien que, à un point de vue théorique, il semble possible de pouvoir, par une stimulation énergique des reins, diminuer la quantité du liquide sécrété par l'action de la peau, toutefois les expériences faites dans ce but n'ont pas donné de résultat satisfaisant. Aucun diurétique, ou purgatif, doux ou drastique, même pris pendant longtemps, n'ont amené la guérison de l'hypéridrose.

Plusieurs auteurs ont recommandé l'usage d'autres remèdes internes, outre ceux que nous avons indiqués, pour le traitement de cette maladie. Ainsi Paulus Æginète recommande les astringents; Van Swieten, les

onguents; Sydenham, le vin de Malaga. Dupont(1) affirme avoir guéri une femme qui souffrait depuis six ans d'une sueur chronique en lui administrant de l'extrait d'aconit (à une dose journalière variant depuis 2 cent. jusqu'à 80 !); Rayer conseille l'emploi de l'*agaric blanc* (2) et le cinchona. Parmi d'autres remèdes proposés par différents écrivains, nous pouvons mentionner également l'opium, l'*élixir vitriolique* de *Minsicht* (3) lorsqu'on y ajoute de l'alun et du camphre, etc.

La méthode de traitement *antiphlogistique* comprenant la saignée, l'application de différents émollients, a été également employée pour essayer de combattre ces formes de sueur. Toutefois, aucun de ces moyens n'a réussi entre les mains de mes prédécesseurs ou de mes contemporains. Ils ont généralement cherché à sortir de difficulté, au moins en ce qui concerne le malade, en établissant qu'il était nuisible de supprimer la transpiration trop brusquement. Sur ce point, nous trouvons les assertions les plus extraordinaires; chaque maladie serait produite par la cessation brusque de la transpiration des pieds (sans doute occasionnée par des médecins ignorants). Ainsi Joseph Franck (4) rapporte qu'un homme, âgé de trente ans, qu'il avait guéri d'une attaque d'hémiplégie, mourut subitement parce que sa peau avait été exposée, pendant qu'elle était en sueur, à un courant d'air; et Rayer raconte que chez un malade confié à ses soins, la suppression de la transpiration des pieds fut suivie d'une pleurésie chronique.

Bien qu'il soit facile de trouver de pareilles assertions dans des ouvrages de médecine plus anciens, j'indique seulement ces deux-là, parce qu'ils sont suffisants pour montrer les idées imaginaires que l'on avait autrefois et combien des médecins de valeur se sont laissés influencer par les préjugés de leur époque. Il est à peine nécessaire d'ajouter que toutes ces opinions sont basées sur une perversion complète des faits et ne reposent sur aucune donnée scientifique, de telle sorte que dans l'état actuel de la physiologie et de la pathologie, elles n'ont pas même besoin d'être réfutées

Le grand nombre de remèdes locaux employés et recommandés par les plus anciens médecins dans le but d'arrêter l'*hyperidrosis pedum*, montre qu'en réalité ils n'ont pas eu peur de supprimer, en d'autres

(1) Histoire d'une sueur chronique, etc. (*Journal général de médecine*, 1807, t. XXX, p. 39.)

(2) Le *Polyporus officinalis* (Michaux), champignon qui croît sur le tronc du laryx, sorte de sapin (édit. angl.).

(3) Cette préparation ressemble à l'acide sulfurique aromatique de la pharmacopée d'Edimbourg (édit. angl.).

(4) Op. cit., Band III, p. 320.

termes, de guérir cette maladie ; et aussi que la quantité de remèdes internes qu'ils ont prescrits n'a pas réussi à faire disparaître la maladie. Parmi les substances qu'ils ont employées comme applications locales, on peut citer le sulfate de zinc, l'alun, la teinture de kino, le tannin, l'oléum cadini et différentes préparations d'iode, comprenant ses combinaisons avec la glycérine. Ils ont encore recommandé l'usage d'eaux contenant de l'acide carbonique ; prescrit des bains sulfureux ou salés, pour les pieds ; conseillé de laver la peau fréquemment avec de l'eau aiguisée d'alcool ou d'acide acétique.

Bien que j'aie eu maintes fois occasion d'employer ces remèdes locaux, je n'ai dans aucun cas été satisfait des effets produits, tandis que j'ai réussi à guérir cette affection en adoptant un mode de procéder tout différent que je vais expliquer.

Dans les formes légères de l'hypéridrose, telles que celle qui affecte la peau des aisselles, des parties génitales, de la paume des mains, on a retiré un avantage marqué de l'application locale fréquente d'une solution contenant un drachme (1gr,77) d'acide tannique dans six onces d'alcool (132 gr.). On doit frictionner plusieurs fois par jour et avoir soin de ne pas essuyer la peau. Il faut la saupoudrer d'un peu de poudre d'amiante pendant qu'elle est encore humide, et la frictionner avec cctte poudre jusqu'à ce que la peau soit complétement sèche.

Dans les cas où ce sont les pieds qui sont affectés, mais sans que la maladie ait une grande intensité, il suffit de répandre dans les bas quelques substances pulvérulentes, de l'amidon, du lycopode, de l'amiante, de la farine d'amandes (Mandelkleie), ou même de la farine commune. Quelques écrivains conseillent l'addition d'une petite quantité de crème de tartre, mais je considère cette précaution comme superflue.

Dans les formes les plus intenses de cette affection où la sécrétion devient fétide, cette méthode n'a pas de succès, il faut alors un traitement plus compliqué pour guérir la maladie.

Il faut se rappeler que, suivant l'explication donnée plus haut, la fétidité dans ce cas n'est pas due à une substance existant dans la sécrétion au moment de sa formation, mais à la décomposition qu'elle subit lorsqu'elle est absorbée par la chaussure et qu'elle ne peut pas s'évaporer. Un point très-important pour le traitement est l'éloignement, une fois pour toutes, des bas infectés qui ont été pendant des semaines et même des mois imprégnés de transpiration. Lorsque ceci a été fait et qu'il a bien été reconnu que les simples applications dé-

crites plus haut sont insuffisantes pour guérir la maladie, il faut avoir recours à la méthode suivante, qui est invariablement suivie de succès.

Il faut faire fondre devant un feu doux une certaine quantité de pâte de diachylon simple (emplâtre de plomb et emplâtre de litharge), et y incorporer une égale quantité d'huile de lin en remuant le mélange jusqu'à ce qu'il se produise une masse homogène suffisamment adhésive pour ne pas tomber en morceaux. On l'étend alors sur un morceau d'étoffe mesurant à peu près 35 centimètres carrés ; le pied du malade, ayant été préalablement bien lavé et bien séché, est enveloppé avec cette préparation. Il faut introduire entre chaque doigt, pour éviter qu'ils ne se touchent, des compresses de linge sur lesquelles on a mis la même préparation ; on doit avoir soin que le pied soit complétement recouvert et que la préparation soit en contact immédiat avec la peau. Une fois cela fait, on peut mettre un bas ordinaire et un soulier neuf qui doit être léger et ne pas recouvrir la surface dorsale du pied. Après douze heures, on enlève la préparation ; il ne faut pas laver le pied, mais le frotter avec un linge sec ou bien employer une des poudres que nous avons nommées. On renouvelle la préparation de la manière indiquée ci-dessus, et l'application doit en être répétée deux fois par jour.

Il importe de continuer ces soins pendant dix ou douze jours, suivant l'intensité du cas. Durant ce temps, le malade n'a pas besoin de garder la chambre, il peut suivre ses occupations habituelles. Au bout de cette période, la préparation et les compresses sont enlevées définitivement, on frotte de nouveau le pied avec quelques substances pulvérulentes, et le malade peut reprendre ses bas et ses chaussures ordinaires.

Au bout de quelques jours, on verra une couche brun jaune d'épiderme, d'environ un demi-millimètre d'épaisseur commencer à se détacher des parties de la peau qui était affectée par la maladie, et lorsque cette couche est tombée, on aperçoit une surface épidermique saine, propre et blanche.

Lorsque cette couche épidermique sera complétement détachée, on pourra pour la première fois laver le pied, mais il conviendra, pendant quelque temps encore, de mettre quelques substances pulvérulentes dans les bas et d'en frotter la peau du pied.

Quinze jours ou trois semaines après la première application de la préparation, l'hypéridrose aura généralement disparu, la guérison pourra durer un an et plus, ou même être complète. Dans quelques cas exceptionnels, une seule application de ce traitement ne suffit pas

pour amener la disparition entière de la maladie, il faut alors recommencer d'une manière complète une seconde fois; mais la guérison est alors certaine et sans qu'il y ait d'exceptions.

J'ai pratiqué ce mode de traitement pendant plus de vingt ans et dans plus de cent cas. Dans aucun d'eux, je n'ai vu survenir d'effets nuisibles, soit immédiatement après l'application de cette préparation, soit dans le cours de plusieurs années pendant lesquelles les malades sont restés sous ma surveillance. Je dis cela pour la satisfaction de ceux qui pourraient craindre d'adopter cette méthode.

B. ANIDROSIS.

Comme dans le cas de l'hypéridrose, je bornerai mes remarques sur l'anidrosis aux formes de la maladie qui intéressent la dermatologie, sujet immédiat de cet ouvrage.

Nous voyons souvent dans le cours des affections chroniques de la peau, et comme résultat de leur présence, la sécrétion des glandes sudoripares diminuer considérablement, sinon disparaître complétement, ou du moins il ne se fait plus aucune transpiration, si ce n'est sur les endroits de la surface cutanée qui sont exempts de l'affection. Ainsi, dans les cas d'ichthyose, les seules régions qui restent moites et transpirent sont celles qui ne sont pas affectées de la maladie, telles, par exemple, que les aisselles, les coudes dans le sens de la flexion, les parties génitales, les cuisses, les régions inguinales, les paumes des mains ou les plantes des pieds. Même à ces endroits, la sécrétion est supprimée chaque fois qu'ils sont atteints aussi d'ichthyose.

On peut observer le même phénomène chez les malades affectés de prurigo; et comme l'ichthyose ou le prurigo persiste généralement pendant toute la vie de l'individu, on peut dire que, dans ces deux affections, la transpiration fait complétement défaut, pour la généralité des cas. Dans l'eczéma étendu, aussi, il ne se produit aucune transpiration sur les régions qui sont le siége de la maladie. De sorte que, quand cette affection se trouve largement répandue sur la surface cutanée, il peut ne subsister qu'une très-petite étendue de tégument restée saine, par laquelle cette sécrétion puisse se faire. Toutefois, comme l'eczéma peut, après un certain temps, subir une évolution spontanée ou du moins être guéri par l'emploi d'un traitement approprié, ce fait nous fournit l'occasion d'observer une alternance entre la maladie cutanée et l'accomplissement des fonctions de la transpiration. Quand

l'eczéma commence à guérir, les glandes cutanées reprennent graduellement leur activité normale, et la peau recouvre sa moiteur accoutumée, tandis qu'auparavant elle était sèche au toucher et ne donnait aucune sécrétion tant qu'elle était affectée de la maladie.

On ne doit pas supposer que l'explication réelle de ces faits diffère de celle que j'ai donnée, ni penser que l'eczéma apparaît parce que la sueur est supprimée, au lieu de croire que la peau cesse de transpirer parce qu'elle est déjà frappée de maladie.

Le même fait s'observe dans des cas de psoriasis et de lichen ruber, et comme ces affections sont curables aussi, le rapport entre elles et la suppression de la transpiration sera naturellement le même que dans le cas de l'eczéma.

La guérison de l'anidrosis devra nécessairement s'effectuer en même temps que celle de l'affection cutanée chronique qui lui a donné naissance.

2. Changements de qualité dans la sécrétion des glandes sudoripares.

J'ai déjà constaté avec soin, au commencement de ce chapitre, qu'une analyse chimique exacte de la sueur ou, à la vérité, de toute sécrétion cutanée, est encore à l'état de desideratum. Par conséquent, il va sans dire qu'en rapportant les récits donnés dans différents ouvrages au sujet des affections qui se rattachent à ce chapitre, je joue plutôt le rôle d'un historien médical que d'un pathologiste.

Il m'a toujours été impossible, en effet, de me convaincre que la sueur (c'est-à-dire la sécrétion des seules glandes sudoripares, sans mélange de matière sébacée) contienne jamais aucune substance étrangère excrétée en même temps par la peau. Quelques auteurs, toutefois, parmi lesquels se trouvent Fuchs, Erasmus Wilson et Mason Good, disent qu'ils ont découvert un grand nombre de principes étrangers dans la sueur, et nommément du sang ou du lait, dans quelques cas; dans d'autres, une matière colorante ou une substance renfermant un principe odorant. Évidemment, je ne puis prendre sur moi d'affirmer l'inexactitude de ces assertions, et, par conséquent, je me contenterai de les soumettre simplement à l'attention de mes lecteurs.

Quant à la bromidrose, j'ai déjà, en lieu propre, exprimé mon opinion, et je n'ai qu'à répéter ici que plusieurs auteurs ont décrit des cas dans lesquels la transpiration, sans aucune cause appréciable, donnait des odeurs d'une nature parfaitement spécifique. Ainsi, on rapporte que cette sécrétion avait, dans différents cas, l'odeur de vinaigre, de l'acide butyrique, du musc (Rayer, Speranza) et du

soufre (Schmidt). D'autres auteurs encore ont rattaché certaines odeurs à certaines maladies particulières, affirmant que dans la gale la transpiration a une odeur de moisissure, dans la syphilis une odeur douce, et dans la goutte une odeur aigre. Enfin dans les affections dites putrides on a attribué une odeur de même nom à la sécrétion cutanée, et l'on a soutenu que dans la jaunisse l'odeur rappelle celle du musc, dans la scrofulose celle de la bière aigre (1), et dans la fièvre intermittente celle du pain nouvellement cuit. Anselmino a trouvé de l'acide acétique à l'état libre dans la sueur d'une femme récemment accouchée. Selon Stark (que j'ai cité plus haut), la quantité d'acide lactique libre est augmentée dans la scrofulose, le rachitisme, et dans certaines maladies cutanées. Anselmino aussi avait découvert de l'ammoniaque en excès dans la transpiration de sujets goutteux, et Behrend a observé le même fait dans le typhus et dans les fièvres putrides.

Chromidrosis.

Comme je n'ai eu occasion d'observer aucun exemple de cette affection, je ne puis que citer les descriptions qu'en ont données d'autres auteurs. Ainsi, Rayer rapporte qu'il existe des cas dans lesquels la sueur est de différentes couleurs, verte, noire, bleue ou jaune; mais il avoue n'avoir jamais rencontré lui-même aucune de ces variétés. Fuchs dit qu'on a observé des cas où, tantôt sur la totalité du corps, tantôt à quelques endroits particuliers, la sécrétion cutanée a été jaune, verte, bleue, brune ou noire. Outre qu'elle teignait le linge, la sueur se séchait sur la peau des personnes ainsi affectées et donnait une poudre colorée que l'on pouvait, toutefois, enlever facilement en grattant et en mettant à nu le tégument sain en dessous. Erasmus Wilson avoue aussi n'avoir jamais vu aucun exemple de cette affection.

Hæmatidrosis.

Sous ce nom, les auteurs parlent de l'effusion spontanée de sang par les pores de la peau, c'est-à-dire, soit par les glandes sébacées, soit par les glandes sudoripares. Toutefois, c'est là une affection assurément bien rare, quoique sa production ne soit pas physiologiquement impossible. De plus, elle doit être regardée, en toute vérité, non comme une *transpiration sanguine,* mais comme une *hémorrhagie* se faisant à certains points de la peau, c'est-à-dire à l'orifice des glandes cutanées.

(1) Stark, General Pathology.

Le mot hæmatidrose ne devrait être appliqué, selon moi, qu'aux cas où toutes les glandes cutanées (mais surtout les glandes sudoripares), étant dans un état d'activité exagérée, doivent, par conséquent, donner une grande quantité de liquide renfermant du sang mélangé à leur sécrétion aqueuse habituelle. Personne, cependant, autant que je sache, n'a vu une affection comme celle que je viens de supposer. La maladie décrite par les auteurs comme une hæmatidrose a toujours été simplement une hémorrhagie se faisant par la peau. Des cas de ce genre sont rapportés, par exemple, par A. Finol (1), Schilling (2) et Lenhossek (3). Erasmus Wilson (4), aussi, a vu deux exemples de cette affection se produire chez des femmes, dont l'une offrait les points sanguins placés symétriquement sur le front, le menton et les joues.

Quelques cas d'hémorrhagie spontanée se produisant par de petits points sur la surface de la peau se sont aussi présentés à mon observation. Dans l'un de ces cas, le malade était une dame chez laquelle le sang coulait de la caroncule lacrymale. Dans un autre cas, où il s'agissait également d'une femme, l'hémorrhagie avait lieu, de temps en temps, par le mamelon. Toutefois, dans ces deux exemples, l'hémorrhagie se produisait, comme on le remarquera, à des endroits extrêmement vasculaires et recouverts d'un épiderme délicat, de sorte qu'une légère déchirure avait pu s'y faire sans que le malade s'en aperçût. Un troisième cas, beaucoup plus remarquable, fut celui d'un jeune homme robuste et dans de bonnes conditions de santé, qui était atteint fréquemment d'une hémorrhagie ayant lieu par la peau, aux membres inférieurs. Le fait se produisait généralement pendant la nuit, de sorte qu'il ne s'apercevait de l'hémorrhagie qu'en trouvant ses draps tachés de gouttes de sang, à son réveil. Une fois, pourtant, j'ai vu un écoulement sanguin apparaître sur la face dorsale de la main du malade pendant qu'il était assis près de ma table et sans que la main fût atteinte d'aucune lésion. Le sang formait un jet dont le calibre correspondait à peu près à celui du conduit d'une glande sudoripare. Le jet avait aussi une forme un peu spirale et s'élevait à peu près à 1 millimètre au-dessus du niveau de la peau.

(1) A. Finol, Observation d'une dégénération telle que le sang transsudait par la peau. — Sédillot, Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, p. 19-71.
(2) Ch. Schilling, De sudore sanguineo post graves convulsivos et spasmodicos affectus erumpente, feliciter tandem sublato (Acta Acad. Nat. Cur.), vol. III, p. 425.
(3) Physiologia medicinalis, vol. III, p. 352.
(4) On Diseases of the Skin. London, 1863, p. 615.

Ces affections hémorrhagiques se produisent donc réellement, mais elles sont assez rares, comme je l'ai déjà dit. Quand nous voyons affirmer par certains auteurs que beaucoup de ces cas se sont présentés à leur observation, nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'ils se sont trompés, et que, dans quelques exemples, l'hémorrhagie s'était opérée artificiellement.

Ainsi, nous lisons dans certains écrits, bien que ce ne soit pas peut-être dans des ouvrages de médecine, des faits dans lesquels une hémorrhagie a eu lieu non-seulement chez des êtres humains, mais même sur des choses inanimées. Probablement il a été rarement possible de découvrir la source réelle de ces prétendues hémorrhagies. Comme, pourtant, j'ai été une fois assez heureux de pouvoir examiner à fond un de ces cas, je vais donner ici l'histoire authentique de cette affaire.

Il y a plus de dix ans, demeurait dans un village, non loin de Vienne, une femme qui, d'après ce que l'on disait, ne prenait aucun aliment ni aucune boisson, et qui affirmait que, tous les vendredis, entre dix heures du matin et midi, il se faisait chez elle une hémorrhagie spontanée à divers endroits de la peau, mais surtout à la face, aux pieds et aux mains. Ces endroits étaient, disait-on, les mêmes que ceux par lesquels le sang avait coulé pendant le crucifiement de Notre-Seigneur.

Or, comme ce fait occasionnait une sensation profonde dans le voisinage et attirait de nombreux pèlerins de toutes les parties du pays, les autorités se trouvèrent obligées de faire une enquête sérieuse sur cette affaire. Le docteur Haller, qui occupait une fonction élevée à l'Hôpital général de Vienne, fut envoyé sur les lieux, accompagné d'un détachement nécessaire de police, et à temps pour placer la femme sous bonne surveillance le jeudi et pour l'amener à Vienne avant le vendredi. Là, elle fut placée dans une chambre, de façon à pouvoir être surveillée, sans interruption, nuit et jour par des médecins.

Le vendredi vint et la femme ne saigna pas. Toutefois, elle ne prit rien pendant ce jour ni jusqu'à l'après-midi du samedi ; mais alors, tourmentée par la faim, elle demanda des aliments et mangea en quantité considérable. A partir de ce moment, elle prit sa nourriture régulièrement et l'hémorrhagie ne reparut plus.

Le cas que je viens de relater est probablement semblable à un assez grand nombre d'autres faits qui sont rapportés dans l'histoire des hémorrhagies spontanées, mais qui ne furent jamais soumis à la lumière d'une investigation scientifique, de façon à être examinés sans préjugés et être ensuite expliqués.

Les noms donnés aux diverses formes d'hémorrhagie spontanée se faisant à la surface de la peau ont généralement répondu aux causes par lesquelles on les supposait produites. Ainsi Fuchs (1) emploie les mots *hœmatidrosis* et *dermathœmorrhois* (*sudor sanguineus ex hemorrhoidibus suppressis*). Dans un autre endroit de son ouvrage (2), il parle aussi d'une *hœmidrosis menstrualis* (*sudor cruentus ex catameniis suppressis*).

Ces deux genres d'hémorrhagie, autant le flux hémorrhoïdal que le flux utérin, peuvent, dans l'opinion de cet auteur, être arrêtés par diverses influences nuisibles, telles que des refroidissements, des émotions mentales, etc., et il suppose que, comme résultat de la suppression de ces écoulements, la métastase se porte à la peau, donnant lieu à un écoulement de sang par sa surface.

Ces causes d'hémorrhagie cutanée sont en effet fréquemment mentionnées non-seulement par Fuchs, mais aussi dans beaucoup de vieux auteurs, et par conséquent je suis obligé de signaler combien ces assertions sont complétement inexactes et dépourvues de tout fondement.

J'avoue ouvertement (et beaucoup d'autres médecins feront assurément comme moi) que je ne connais aucun moyen artificiel pour supprimer l'hémorrhagie (soit hémorrhoïdale, soit menstruelle) et que j'ignore, d'autre part, les distinctions entre une telle suppression et une guérison. Assurément personne ne soutiendra qu'il est naturel qu'on perde du sang continuellement par le rectum ou même par l'utérus. S'il en était ainsi, les auteurs médicaux et chirurgicaux ne pourraient logiquement discuter les divers remèdes au moyen desquels ces hémorrhagies peuvent être généralement arrêtées. Je suis donc d'avis que nous pouvons, sans crainte de causer aucune métastase à la peau, combattre chacune de ces maladies par un mode de traitement approprié, qu'une hémorrhagie des veines hémorrhoïdales doit être arrêtée dans tous les cas, et une hémorrhagie de l'utérus chaque fois que sa quantité est trop grande.

Galactidrosis, galactorrhea erronea, sudor lacteus (Milchschweiss).

Sous ces noms on trouve décrites, surtout dans les vieux auteurs, certaines maladies des femmes en couches, et rapportées à une métastase du lait, tantôt à un des organes internes, tantôt à la peau.

Tant que les maladies puerpérales de l'utérus, des ovaires, etc., res-

(1) Op. cit., p. 503.
(2) Op. cit., p. 472.

tèrent inconnues, toutes les maladies survenant après les couches étaient rattachées à une métastase du lait. Dans le dernier siècle, Van Swieten, Levret, Selle et d'autres donnèrent des descriptions minutieuses d'affections de divers organes dont la cause était attribuée à une rétrocession de cette sécrétion. Mais aujourd'hui que les anatomo-pathologistes sont devenus familiers avec les altérations morbides qui surviennent dans l'état puerpéral, et que la chimie et le microscope ont mis au jour la composition du lait, personne ne s'imagine plus que cette sécrétion est sujette à la métastase et qu'on la voit exsuder des glandes axillaires hypertrophiées, ou du nez d'une femme en couches (Siebold), après un éternuement violent (Fleischmann) (1). Les affections puerpérales sont considérées aujourd'hui comme des processus pathologiques prenant leur source dans une cause spéciale, et non comme des affections différant d'une manière essentielle des maladies inflammatoires et suppuratives produites dans d'autres circonstances.

Pour fournir une nouvelle preuve qu'il n'existe pas une métastase du lait vers la peau, je puis dire qu'aucun des nombreux médecins attachés à la Maternité de Vienne (où il y a chaque année une moyenne de 8000 naissances) n'a vu exsuder du lait par la peau, malgré les épidémies de fièvre puerpérale qui ont enlevé un grand nombre de victimes. D'autre part, aucun des médecins attachés à notre école d'anatomie pathologique et qui trouvent dans des milliers d'autopsies des matériaux pour ces travaux devenus célèbres dans le monde entier, aucun de ces médecins, dis-je, n'a eu occasion de constater une métastase du lait sur le cadavre. Je me crois donc justifié en me demandant si jamais aucune maladie a eu lieu par suite de cette cause, et en regardant le galactidrose comme un véritable mythe.

Uridrosis (Sudor urinosus, Harnschweiss).

On donne ce nom à une affection où, la sécrétion rénale faisant défaut, la transpiration présente une odeur d'urine. Ce caractère peut appartenir soit à toute la sueur, soit à celle seulement qui se forme à certains endroits de la surface cutanée.

Les anciens auteurs, Salmuth (2), Haesbart (3), Marc. Donatus, Sauvages, Arnold (4) et d'autres, rapportent des cas où l'urine faisait

(1) « Hufeland's Journal », 1836, part. VI.
(2) Cent. 11, observ. 82.
(3) « Ephemer. Nat. Cur. », dec. II, A. X, obs. 73.
(4) « London Med. Repository », 1828, april.

défaut par suite d'une maladie des reins, et où la peau prenait la fonction de ces organes et se couvrait d'une transpiration urineuse abondante.

Même après les recherches très-complètes des chimistes et physiologistes Lehmann (1), Schottin (2), Schlossberger, Liebig, Scherer et Wöhler, il n'a pas encore été démontré s'il existe ou non de l'urine dans le sang. La plupart des auteurs sont d'avis, toutefois, qu'il en est ainsi et que les reins sont complétement chargés d'excréter cette substance. En effet, on a souvent constaté l'existence de l'urée dans le sang; et si les tentatives faites pour l'y découvrir sont quelquefois restées infructueuses, cela ne justifie aucunement la conclusion que cette substance est formée ailleurs que dans le sang par la décomposition de substances nitrogénisées.

Ce fait étant admis, il est permis de supposer que lorsque la sécrétion de l'urine par les reins se fait mal, les différents tissus solides sont traversés par du sang surchargé d'urée et que, par conséquent, cette substance sera retrouvée dans la sueur comme dans les autres liquides.

Cependant ceux qui se sont livrés à des expériences directes en rapport avec ce point ont rarement réussi à découvrir de l'urée dans la sueur, et certains chimistes, parmi lesquels se trouve Lehmann (3), soutiennent même qu'on n'y est jamais arrivé. Mais les recherches de Schottin (4), Drasche (5), Treitz (6), Hirschsprung (7) et d'autres ont fourni des preuves positives que dans certaines conditions, l'on peut trouver de l'urée dans la sécrétion cutanée. Je puis citer surtout l'observation faite par Drasche pendant l'année 1855, quand le choléra sévissait à Vienne. Dans certains cas graves de cette maladie, notre confrère observa sur la surface du cuir chevelu et de la face un dépôt en forme d'écailles, ressemblant à de la farine blanche et fine. A l'examen de cette substance, il trouva qu'elle renfermait des cristaux d'oxalate d'urée, dont la nature se traduisait tant par leur forme que par leurs réactions chimiques.

On doit admettre toutefois qu'une telle altération de la sécrétion cutanée est extrêmement rare, et il reste à démontrer quelles étaient

(1) « Lehrbuch der physiol. chemie, » Band I, 1850, pp. 165 et seq.
(2) « De sudore », diss. inaug., etc. Lipsiæ, 1841.
(3) Op. cit., Band II, p. 382.
(4) « Archiv. für phys. Heilkunde », 1851, 1853.
(5) « Wiener Med. Wochenschrift », 1856.
(6) « Prager Vierteljahrtsschrift », 1859.
(7) « Wien. Med. Wochenschrift », 1865, n° 99.

les glandes de la peau chargées d'excréter l'urée. Néanmoins les cristaux furent trouvés par Drasche aux endroits où les glandes sébacées sont le plus abondantes et le plus volumineuses, et leur présence coïncidait avec la formation de sébum en quantité excessive. Ces faits militent en faveur de l'hypothèse que l'urée était excrétée dans ces cas non par les glandes sudoripares, mais par les glandes sébacées.

CHAPITRE VI

IIIe CLASSE (SUITE). — ANOMALIES DE SÉCRÉTION DES GLANDES CUTANÉES.

C. — AFFECTIONS CAUSÉES PAR DES ÉTATS MORBIDES DE LA SÉCRÉTION OU PAR DES CHANGEMENTS DANS LA STRUCTURE DES GLANDES SÉBACÉES.

Les maladies que nous allons actuellement décrire sont de deux espèces : d'une part, les fonctions actives des glandes sébacées peuvent être altérées; d'un autre côté, ces organes sont sujets à certains changements morphologiques, dus ou occasionnés la plupart du temps par une rétention de leur sécrétion.

De plus, même les modifications dans l'activité fonctionnelle des glandes sébacées peuvent être encore subdivisées. Dans quelques cas, une quantité excessive de sébum est produite; dans d'autres, cette quantité est infiniment plus petite. Je décrirai donc d'abord les maladies qui sont rangées sous le premier chef, réservant pour une description ultérieure celles qui appartiennent au second.

I. Affections cutanées causées par une sécrétion excessive de sébum.

Comme tout le monde le sait, les glandes sébacées sont en communication directe avec les follicules pileux dont on peut dire réellement qu'elles font partie, et la sécrétion sébacée est versée sur la surface cutanée par des orifices communs à ces deux appareils.

Toutefois, les effets d'une sécrétion excessive de sébum peuvent varier dans une grande proportion dans les différentes formes de maladies auxquelles ils donnent naissance. Dans quelques-unes de ces affections, le canal glandulaire reste ouvert et il n'y a pas d'obstacle à l'issue de la sécrétion, à mesure qu'elle est formée ; mais dans d'autres

cas, l'excrétion est empêchée, à ce point qu'elle s'accumule dans les conduits et ultérieurement dans l'intérieur même des glandes; ce résultat peut être produit par l'obturation provenant d'une cause quelconque des canaux ou par la suppression (Contractionsfähigkeit, peristaltische Bewegung) du pouvoir contractile de l'organe sécréteur.

M. Erasmus Wilson (1) a, en effet, employé les expressions : *orifice excrétoire restant ouvert, orifice excrétoire restant fermé*, afin d'indiquer les différences importantes que j'ai signalées. Mais cette distinction n'est pas suffisante ; car, ainsi que je viens de l'établir, le sébum peut être retenu, quoique le canal reste libre, par le fait que la glande a perdu le pouvoir de rejeter au dehors sa sécrétion, et d'un autre côté le conduit peut être fermé sans qu'aucune accumulation de sébum ait eu lieu, si, à ce même moment, la glande cesse de sécréter. Je divise donc, pour ces motifs, les maladies restant à décrire en deux classes : celles dans lesquelles il n'y a pas d'obstacle à la sécrétion du sébum, et celles dans lesquelles cette sécrétion est empêchée.

1. Affections dans lesquelles le sébum est sécrété en quantité considérable, et où il n'existe pas d'obstacle à son excrétion.

Les maladies cutanées qui se rangent sous ce chef sont aujourd'hui assez uniformément décrites par tous les dermatologistes, mais sous des noms différents, tels que seborrhœa, seborrhagia, stearrhœa, steatorrhœa, steatorrhagia, Cutis unctuosa, Fluxus sebaceus, Varus sebaceus, Acne sebacea, Ichthyosis sebacea, Schmeerfluss, etc. De tous ces termes, *séborrhée* est celui dont je me servirai dans cet ouvrage.

Séborrhée.

Historique. — Dans les écrits d'Hippocrate (2), de Galien (3), de Celse (4), de Priscianus (5), d'Actuarius (6), de Trallianus (7), il est fait mention d'exemples de *defluvium capillorum*, qui est un des symptômes constants dans la séborrhée affectant le cuir chevelu. De plus, les Grecs désignaient par le nom de πιτυρίασις une affection cutanée se

(1) « The Student's Book of cutaneous Medicine », etc., in-8. Lond., 1865.
(2) Aphor. XI, XII.
(3) Lib. I, « De Comp. Med., » sec. loc.
(4) Lib. VI, cap. 1.
(5) Lib. I, « Medic. »
(6) Lib. II, « Method. »
(7) Lib. I, cap. 2 et 4.

développant sur la tête comme sur les autres parties du corps et caractérisée par la présence d'écailles ; tandis que Celse, Paul Æginète et les écrivains arabes appliquaient le nom de *Porrigo* à une affection analogue. Mais on ne trouve pas, soit dans les ouvrages de ces auteurs, soit dans ceux des chirurgiens et des dermatologistes d'une époque plus récente (tels que Guy de Chauliac, Ambroise Paré, Mercurialis et Lorry), une véritable description de ces maladies donnant lieu à une production excessive d'écailles et à la chute des cheveux et que nous désignons actuellement sous le nom de *séborrhée.*

Plenck (1), en effet, écrit ce qui suit : « *Porrigo farinosa seu spuria est congeries materiæ unguinosæ pulverulentæ..... quæ crustam sordidam atque fœtidam sub pectine farinæ crassæ formâ delabentem constituit. Materies hæc farinosa vel furfuracea humor sebaceus glandularum capitis esse videtur.* » Mais cette courte et aphoristique définition n'était pas suffisante pour expliquer à ses contemporains la nature essentielle de cette affection. Ceux-ci, pour la plupart, avaient des opinions coïncidant avec celles adoptées par Willan et Bateman (2), qui rangeaient cette maladie parmi les dermatoses squameuses de la peau, et la désignaient par le terme grec de *pityriasis.*

Alibert, cependant, employa, au lieu de ce nom, celui de *Tinea* ou *Porrigo,* et décrivit deux formes distinctes de cette affection, la *T.* ou *P. furfuracea,* et la *T.* ou *P. amiantacea.* La seconde de ces maladies fut indiquée d'abord par Alibert ; mais il est aisé de reconnaître que toutes deux, ainsi que la *T. furfuracea,* sont simplement des variétés d'une *Seborrhœa capillitii,* et l'on peut le répéter pour la *Teigne amiantacée* et pour la *Teigne furfuracée* de Mahon (3), auxquelles Alibert fait également allusion.

D'autre part, Biett (4) (qui était un continuateur de Willan dans l'emploi du terme *pityriasis,* et qui décrivit un pityriasis des sourcils, du menton et du cuir chevelu) fut le premier à signaler l'existence de la séborrhée sur des parties du corps dépourvues de poils, et il donna à cette affection le nom de *maladie folliculeuse,* ou *acné sébacée.*

Dans la première édition de son ouvrage, Rayer (5) décrivit, sous le titre de « *sécrétions morbides des follicules sébacés* », plusieurs maladies

(1) « Doctrin. de Morb. cutaneis », 1783, p. 86.
(2) « Delineations of Cutaneous Diseases, exhibiting the appearances of the principal genera et species in the Classification of Dr Willan », by Dr Bateman, 1817, plate XV.
(3) « Recherches sur la Nature des teignes ». Paris, 1829.
(4) « Abrégé pratique », etc. Paris, 1817, 4e édition, p. 304.
(5) « Traité théorique et pratique des Maladies de la peau ». Paris, 1827, t. II, p. 246.

provenant de conditions morbides des glandes sébacées et de leurs sécrétions ; mais dans la seconde édition (1) il applique le terme *flux sébacé* à celles de ces affections dans lesquelles le sébum est sécrété en quantité excessive.

Des exemples rapportés en détail par Rayer (et spécialement de ceux désignés pages 191, 193 dans la première édition, et 182, 183 dans la seconde), il est évident qu'il avait observé les formes les plus variées de séborrhée affectant le cuir chevelu et la face. Je ne dois pas omettre non plus de mentionner que cet écrivain attribuait à un *fluxus sebaceus* deux cas dont Bateman a donné un dessin dans la planche 28 de son atlas, et que lui et le docteur Thomson avaient considéré comme des exemples d'Ichthyosis faciei.

Dans les plus récents traités de dermatologie (tels que ceux de Riecke, Fuchs, Simon, Gibert, Cazenave, Chausit, Duchesne-Duparc, Devergie, Erasmus Wilson, Thomson et Parkes, et Tilbury Fox), la maladie dont nous nous occupons actuellement a été très-généralement séparée du pityriasis et décrite plus ou moins minutieusement sous les différents noms que j'ai déjà cités. Mais il est en même temps évident, d'après de nombreux passages de leurs ouvrages, que la plupart de ces écrivains étaient convaincus de la difficulté qui existe souvent à tracer une ligne de démarcation entre la *séborrhée* et le *pityriasis*.

En examinant avec soin le mode de développement de la séborrhée sur les diverses parties de la surface cutanée, nous trouvons que les efflorescences auxquelles cette affection donne lieu varient beaucoup par suite de différences dans leur intensité et dans leur situation, ainsi que selon les conditions individuelles des malades qui en sont atteints. En effet, l'étude de ces variétés nous met à même de montrer que quelques-unes des maladies décrites ordinairement sous le nom de pityriasis et d'ichthyose devraient, en réalité, être considérées comme des formes de la séborrhée.

A l'appui de cette opinion, je puis en référer aux vues anatomiques qui ont été si bien exposées par Virchow (2). « Les follicules pileux, dit cet écrivain, sont, comme tout le monde le sait, des dépressions de la peau (Einstülpungen); leur surface est recouverte par un prolongement de l'épiderme, et les poils qui naissent de leur base peuvent

(1) 1835, t. III, p. 699.

(2) « Die krankhaften Geschwülste : Dreissig Vorlesungen », etc. Berlin, 1863, Band I, S. 216.

être considérés comme des prolongements de même natture. Ainsi, la sécrétion de la surface est, toujours ici, l'épiderme. Dans l'intervalle (entre le poil et les cellules qui tapissent le follicule pileux) on trouve, en plus ou en moins grande quantité, une matière grasse et onctueuse formée par les glandes sébacées, dont les canaux s'ouvrent dans la cavité contenant le poil. Cette matière grasse peut être libre ou renfermée dans des cellules; sa quantité, comme on peut le prévoir, varie beaucoup suivant le degré d'irritation auquel la peau est exposée, la proportion du nombre et du volume des glandes de la région, et l'extension à laquelle leur sécrétion et leur accumulation peuvent donner lieu. Dans quelques cas il y a à peine des traces de cette substance grasse, et le caractère épidermoïdal est certainement prépondérant dans la plupart de ces affections. »

La description donnée par Kölliker des glandes sébacées et de leurs sécrétions montre aussi qu'aucune distinction satisfaisante entre ce produit et l'épiderme ne peut être signalée, soit pendant sa formation soit pendant son passage à travers les conduits glandulaires. « Le sébum, dit Kölliker (1), est une sécrétion qui ne consiste pas, comme la plupart des autres, en un fluide liquide renfermant des éléments figurés, mais qui est, pour ainsi dire, exclusivement constitué par des éléments figurés. En effet, il peut être composé, soit entièrement de cellules chargées de graisse, ou contenir, outre ces cellules, un mélange de gouttes huileuses libres. »

« Les éléments de cette sécrétion se forment à l'intérieur des extrémités vésiculaires des glandes; ils résultent d'un processus de développement cellulaire avec métamorphose ultérieure, que l'on doit supposer avoir lieu de la manière suivante : — Au fond des extrémités cæcales des glandes, il se fait une formation incessante de cellules. Ces éléments sont d'abord pâles, et contiennent quelques granulations ; mais ils sont graduellement poussés vers le centre des vésicules glandulaires par la formation de nouvelles cellules qui naissent au-dessous; ils acquièrent bientôt un nombre successivement plus considérable de granulations graisseuses de petit volume, rondes et foncées, dont ils ne tardent pas à se remplir complétement. De cette manière, les cellules s'avancent vers les conduits excréteurs ; mais avant que l'on puisse positivement dire qu'elles constituent du sébum, elles ont à subir d'autres transformations : d'une part, les granulations graisseuses dis-

(1) « Mikroskopische Anatomie ». Leipzig, 1850, Band II, 1 Hälfte, p. 188.

séminées qu'elles contiennent se réunissent de façon à former seulement quelques globules, ou même une seule goutte ; d'un autre côté, les membranes cellulaires, qui au premier aspect (comme celles de l'épithélium des canaux glandulaires) étaient promptement dissoutes par des alcalis, deviennent plus résistantes et à la fin ressemblent par leurs propriétés chimiques aux écailles de la couche cornée de l'épiderme.

« Maintenant, si cette description est exacte, le processus qui donne naissance au sébum rappelle, à beaucoup d'égards, celui qui préside à la formation de l'épiderme. Ainsi, les jeunes cellules, facilement solubles, situées au fond des follicules glandulaires, peuvent être comparées à celles de la couche de Malpighi de l'épiderme, pendant que celles, moins solubles, remplies de graisse et trouvées dans la sécrétion elle-même, correspondent aux cellules de sa couche cornée. Deux autres considérations peuvent encore être présentées en faveur de cette manière de voir : l'une résulte de ce que la couche profonde de l'épiderme qui tapisse le follicule pileux se continue dans les canaux des glandes et même aussi loin que les cellules les plus éloignées de leurs extrémités folliculaires ; l'autre de ce que l'épiderme lui-même est, dans quelques circonstances, constamment prêt à se détacher et donne lieu à des sécrétions qui, selon toute apparence, font chimiquement partie de la composition du sébum (je renvoie au *smegma præputii penis et clitoridis*)... Ces faits, continue Kölliker, démontrent qu'il y a quelques raisons pour comparer les cellules de la sécrétion sébacée avec celles de la couche cornée de l'épiderme, et qu'il existe une analogie entre le processus donnant lieu à la formation du sébum et celui qui préside à la production épidermique ; un dernier argument en faveur de cette opinion peut encore se déduire de la manière dont les tissus sont développés. »

Maintenant ces conclusions, déduites de recherches anatomiques et physiologiques, sont confirmées par les résultats de l'observation clinique, et, en conséquence, la définition suivante me paraît être la seule admissible pour la séborrhée.

La séborrhée consiste dans un vice de la sécrétion épidermique, produisant du sébum, qui imprègne cette membrane et y forme soit une enveloppe graisseuse ou s'accumule en masses semblables à des écailles, sur une portion de la peau qui, sous d'autres rapports, est parfaitement saine.

Avant de passer à la description détaillée des phénomènes produits par cette affection cutanée, je dois, en premier lieu, montrer qu'elle peut se présenter sous deux formes distinctes ; je désigne la première

sous le nom de *Seborrhœa oleosa* seu *adiposa* (Acné sébacée fluente de Cazenave) ; et l'autre, sous celui de *Seborrhœa sicca* seu *squamosa* (Acné sébacée sèche de Cazenave).

Tout différents que soient les symptômes de ces deux variétés, il n'y a cependant aucune difficulté à prouver qu'elles sont seulement des modifications d'une seule et même maladie. Car nous observons fréquemment sur le même individu la totalité, ou en tout cas la plupart des caractères appartenant à chacune d'elles. De plus, une *Seborrhœa oleosa* peut souvent se transformer en *Seborrhœa sicca*, et, finalement, en soumettant les produits morbides qui apparaissent dans ces deux affections à un examen microscopique et chimique, on trouve que, dans les deux cas, ils sont constitués exactement des mêmes éléments, notamment de cellules épidermiques saturées de globules graisseux. Il en est ainsi, quel que soit le siége de la maladie, qu'elle prenne la forme d'une *S. capillitii* ou d'une *S. præputii*, ou de celle appelée *pityriasis furfuracea* s. *amiantacea*, ou même d'un *pityriasis tabescentium* diffus, recouvrant une large portion de la surface cutanée.

Toutes les deux, la *S. oleosa* et la *S. sicca*, attaquent, dans quelques circonstances, seulement les parties de la tête qui sont recouvertes de cheveux, tandis que, dans d'autres cas, elles occupent la face ou quelque autre région très-fournie de glandes, mais n'ayant pas de poils ; ou, enfin, envahissent toute la surface du corps. Ces variations dans le siége de l'affection donnent lieu à certaines différences dans leurs caractères, et, en conséquence, je décrirai une *S. universalis* et une *S. localis*, et je diviserai encore cette dernière en *S. capillitii*, *S. faciei*, etc.

1. Seborrhœa oleosa seu adiposa.

a. SUR LES PARTIES DU CORPS QUI NE SONT PAS RECOUVERTES DE POILS.

Quand elle affecte ces régions, la *seborrhœa oleosa* consiste en une couche graisseuse et brillante, qui couvre la peau et lui donne exactemement le même aspect que si l'on y avait étendu quelque onguent. La matière huileuse peut être facilement enlevée en frottant la partie avec un linge fin et sec, ou un morceau de papier buvard, qui offre alors une tache graisseuse sur la nature de laquelle il n'y a pas à se tromper.

Cette forme de séborrhée se voit le plus ordinairement sur de jeunes sujets, chez lesquels elle apparaît sur le front, le nez et les joues.

Dans ces cas, quand la peau est examinée avec soin, on aperçoit facilement les orifices des glandes sébacées comme de petits points huileux, et l'on trouve souvent quelques-uns des canaux remplis de gros bouchons de sébum. Il est alors évident que cette sécrétion se produit en quantité excessive.

Je dois aussi mentionner une autre circonstance observée sur les malades affectés de *S. oleosa;* c'est que, à moins qu'elles ne prennent les plus grands soins de propreté, la figure de ces personnes paraît toujours sale et disposée à prendre la teinte des substances avec lesquelles leurs occupations les mettent en contact. Nous savons tous que des molécules solides, flottant dans l'air, sont plus aisément reçues et restent plus attachées sur les parties graisseuses d'une étoffe que sur d'autres points, et l'on comprend que de la même manière, la peau de la face, lorsqu'elle est constamment couverte d'une couche huileuse, retienne la poussière ou la saleté, et présente une coloration anormale. On est à même de le voir souvent dans les manufactures où l'on emploie une grande quantité de charbon. Sur le nombre des hommes employés dans ces établissemnnts, il en est qui sont plus sales et plus noirs que d'autres, et ces ouvriers sont obligés, s'ils veulent se débarrasser des particules de charbon adhérentes à leur peau, de se laver la figure avec du son, de se frotter même avec une certaine énergie, tandis que leurs camarades se bornent à s'essuyer simplement le visage avec un linge sec pour être suffisamment nettoyés.

Lorsqu'elle a persisté pendant longtemps, la *S. oleosa* donne cependant lieu à des symptômes qui diffèrent de ceux que nous avons décrits ci-dessus. Dans ces circonstances, on observe parfois des *croûtes lamelleuses*, aussi minces qu'une feuille de papier, ou de l'épaisseur d'une demi-ligne, sur le front, les joues, le nez, et même sur d'autres parties de la figure. Des dépôts analogues se forment aussi à la surface des organes génitaux, constituant le *smegma præputii* et *clitoridis*; et enfin un enduit, de même nature que celui connu sous le nom de *vernix caseosa*, se voit sur la peau des enfants nouveau-nés. Ces masses de sébum présentent différentes colorations; ainsi, elles peuvent être jaune pâle (*S. flavescens*, Wilson), jaune brunâtre, grisâtre, gris verdâtre, ou même noires (*S. nigricans*). Leur surface externe est inégale et rugueuse; leur face interne, qui est en contact avec la peau saine, envoie certains petits processus coniques dans les conduits dilatés des glandes sébacées. Ces prolongements ne s'aperçoivent, nécessairement, que

quand on soulève lentement et avec précaution la croûte lamelleuse.

Cette forme de séborrhée a reçu différentes dénominations, suivant la couleur des croûtes lamelleuses. Cazenave l'a décrite et figurée sous le nom d'*Acné sébacée;* Rayer, sous celui d'*Ichthyosis sebacea;* Bateman, sous celui d'*Ichthyosis faciei.* En outre, le cas de *Melasma palpebrarum* rapporté par Neligan doit probablement être considéré comme un exemple de *seborrhœa,* la coloration noire étant due soit à la saleté, soit à la présence accidentelle dans les cellules épidermiques d'un pigment de couleur foncée, qui aurait été repoussé au dehors comme on le voit dans la séborrhée. Le seul fait que les écailles noires, dont la reproduction était indéfinie, pouvaient, dans ce cas, être enlevées sans aucune lésion de la peau sous-jacente, par une simple et légère friction sur sa surface, permet de conclure en faveur de l'hypothèse que ces écailles provenaient uniquement de la sécrétion des glandes sébacées.

b. SUR LES PARTIES DU CORPS COUVERTES DE POILS.

Cette variété de la *S. oleosa* peut survenir seule ou accompagner une affection semblable existant sur des parties non recouvertes de poils. Elle n'offre pas, cependant, une physionomie aussi caractéristique que la précédente variété, car aussi longtemps que la sécrétion reste liquide elle s'attache naturellement aux poils. Mais chez les nouveau-nés, les enfants ou les adultes qui ont la chevelure peu fournie, et chez les personnes chauves, on a l'occasion de voir l'épiderme du cuir chevelu couvert d'une substance huileuse, comme conséquence de cette maladie.

Quand elle attaque les enfants nouveau-nés, cette affection est (comme cela est parfaitement connu) appelée la *S. neonatorum* (ou, en allemand, *Gneis*). Selon sa durée cette forme de séborrhée donne lieu à différents phénomènes. Ainsi, elle se présente d'abord sous forme de *crustæ lamellosæ* minces, d'une coloration gris jaunâtre ; mais au bout de quelque temps, et notamment si l'affection a un caractère prononcé d'intensité, il se produit des croûtes d'un vert foncé ou même noires qui font adhérer les cheveux entre eux.

Je saisis cette occasion de rappeler que, selon l'opinion de M. Cazenave (1), la *Plica polonica* est une variété de séborrhée. Maintenant, il est bien certain que lorsque la *S. capillitii* (Gneis) a existé pendant

(1) « Traité des maladies du cuir chevelu ». Paris, 1850, p. 315.

longtemps, à ce point que les cheveux sont collés ensemble à un degré très-prononcé, il peut quelquefois arriver que cet état soit pris pour une *plique polonaise* non-seulement par des personnes étrangères à la médecine, mais même par des hommes de l'art qui croient à l'existence de cette maladie; mais cela ne saurait justifier M. Cazenave d'avoir affirmé aussi expressément que « *la plique n'est autre chose* » *qu'une hypersécrétion de la matière sébacée, en un mot, qu'une acné* » *sébacée du cuir chevelu* ». Il est fort regrettable que cet écrivain ne se soit pas mieux pénétré de l'esprit du passage de Lorry (1) qu'il a lui-même cité : « *Durum est de eis scribendum habere, quæ ipse non videris.* » S'il l'eût fait, il ne serait pas tombé dans l'erreur commise par la plupart de ses compatriotes, de donner des descriptions positives d'une maladie qu'il n'avait jamais eu occasion d'observer.

Pour tous nos confrères résidant en Pologne, où (d'après les habitants médecins ou non) le terme de *Plica* est encore fréquemment employé comme le nom d'une affection parfaitement définie; pour ceux également qui, par leur position, leur résidence, ou durant le cours de leurs voyages, ont été à même d'examiner des cas de ce genre, il est une conclusion acceptée par tous, que la maladie qu'ils ont vue peut être rapportée à diverses causes, et ne provient pas seulement d'une accumulation de sébum. Quant à moi, j'ai appris, par ma propre expérience et par les ouvrages de Beschorner (2), de Dietl (3), de Weese (4) et d'Hamburger (5) que plusieurs états différents, affectant les animaux inférieurs aussi bien que l'homme, ont été compris sous la dénomination de plique polonaise. Ainsi, des affections variées du cuir chevelu (telles que l'eczéma et le favus, et même des ulcères syphilitiques) ont été données comme des exemples de cette maladie; tandis que dans d'autres circonstances la réunion et l'entrelacement de cheveux naturellement longs et abondants étaient simplement dus à la négligence du malade ou avaient été occasionnés par des frictions sur la chevelure avec de la cire ou du miel, ou enfin par l'adjonction de faux cheveux. Ayant eu moi-même l'occasion de voir plusieurs cas de cette nature, je suis aujourd'hui tout à fait convaincu *qu'il n'y a aucune maladie méritant le nom de plique polonaise.* En effet, il est aujourd'hui parfaitement démontré, par des recherches et des obser-

(1) « Tract. de morbis cutaneis », p. 607, et seq.
(2) « Der Weichselzopf, nach statistischen und physiologischen Beziehungen ». Breslau, 1843.
(3) « Wiener med. Wocheuschrift », 1858, Nos. 4, 5, 6.
(4) « Rust's Magazin », 1864.
(5) « Günsburg's Zeitschrift », 1858.

vations faites avec soin, que cette affection n'existe pas; il faut espérer que la médecine adoptera cette conclusion, et cessera d'attribuer à une maladie spéciale les cas dans lesquels la chevelure se trouve réunie par les causes que nous avons déjà indiquées et où la persistance de cet état tient simplement au préjugé, à la superstition et au manque de propreté.

2. Seborrhœa sicca, S. squamosa.

Cette affection consiste quelquefois dans la formation de pellicules (Schwarten) de sébum desséché d'une couleur gris sale ou jaune pâle, ressemblant à de la bouillie qui aurait subi la dessiccation, et sont assez fortement adhérentes. La surface de la peau sous-jacente est saine, ou, peut-être, légèrement rouge. Comme les *crustæ lamellosæ* qui surviennent dans la *S. oleosa*, ces pellicules sont reliées par leur face inférieure à certains petits processus en forme d'aiguilles (Comedones, Talgpröpfe).

Les phénomènes produits par la *S. sicca* sont, toutefois, d'une nature différente, dans d'autres cas. Le sébum desséché prend alors la forme d'écailles semblables à du son, restant sur un tégument sain sous tous les autres rapports. On enlève facilement ces écailles lorsqu'on se gratte ou se peigne; elles peuvent aussi tomber spontanément à l'état pulvérulent. Cette variété de l'affection a été décrite par les auteurs sous le nom de *Tinea*, s. *Porrigo*, s. *Pityriasis furfuracea* (1).

La *seborrhœa sicca* présente aussi des caractères différant un peu, selon que l'endroit qui en est affecté est, ou non, recouvert de poils.

a. SUR LES PARTIES NON RECOUVERTES DE POILS.

Cette affection peut être bornée à une petite portion de la peau ou être répandue sur un large espace. Elle se manifeste sous forme d'une poudre fine et farineuse, adhérant en partie à l'épiderme, qui donne en général une sensation graisseuse au toucher, et a un aspect gras et luisant. Quand une grande partie du tégument ou même (comme cela arrive quelquefois) sa surface entière est ainsi affectée, la maladie forme ce qu'on a appelé le *pityriasis tabescentium*, *scrofulosorum*, *tuberculosorum*. La peau paraît alors relâchée et flasque, par suite de l'absorption du tissu adipeux sous-cutané, et sa surface est

(1) Hebra's « Atlas für Hautkrankheiten », taf. VIII, figs. 1 et 2.

constamment recouverte d'un grand nombre de petites écailles épidermiques sur le point d'être rejetées.

b. SUR LES PARTIES RECOUVERTES DE POILS.

Quand cette maladie attaque le cuir chevelu, on observe les mêmes petites écailles blanches et farineuses que dans la variété de séborrhée ci-dessus décrite. Quelques-unes de ces écailles s'attachent aux cheveux, tandis que d'autres restent sur la surface de la peau. Les pellicules ainsi produites tombent constamment, et il s'en détache quelques-unes chaque fois que les cheveux sont peignés, en sorte que les vêtements, au niveau du cou et des épaules, en sont couverts. En outre, dans ces cas il y a toujours plus où moins de *defluvium capillorum.* En effet, la chute des cheveux est habituellement le premier symptôme qui attire l'attention, et il est plus incommode pour le malade que la formation des pellicules qui ne sont pas toujours abondantes.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE LA SÉBORRHÉE.

Distribution. — La séborrhée affecte parfois toute la surface cutanée, mais le plus souvent elle est limitée à quelque région particulière.

Sous le titre de *séborrhée générale*, je dois dire un mot de la *vernix caseosa* dont les enfants nouveau-nés sont recouverts. Dans les cas ordinaires, elle se manifeste sous la forme d'une pellicule graisseuse étendue sur toute la peau, et on peut la considérer comme un dépôt provenant du *liquide amniotique* (*liquor amnii*) qui entourait le fœtus. Elle donne à l'épiderme une sensation douce et huileuse au toucher, et elle contribue, sans doute, à rendre moins douloureux le passage de l'enfant à travers les voies maternelles.

On a l'habitude d'enlever le *vernix caseosa* immédiatement en lavant l'enfant avec du savon et de l'eau ; mais si l'on n'agit pas ainsi, la pellicule graisseuse tombe bientôt en écailles, plus ou moins larges, et la peau offre alors son aspect naturel.

Dans certains cas rares, cependant, toute la surface du tégument devient, quelques heures après la naissance, aussi douce que du satin, et d'une couleur rouge brunâtre sombre. En même temps elle est sillonnée par de nombreuses gerçures et fissures qui apparaissent particulièrement sur les doigts et les orteils, sur les fesses et au niveau des articulations dans le sens de la flexion. Ces fissures gênent beaucoup

les mouvements de l'enfant, et occasionnent une vive souffrance, comme l'indiquent les cris que fait entendre le petit malade, chaque fois qu'il cherche à remuer. Cependant, quand on frotte la peau avec de l'axonge, l'enfant ainsi affecté se calme en général sur-le-champ et la peau reprend presque son état normal. En effet, ce simple procédé peut suffire pour faire disparaître entièrement la maladie, si elle n'est pas très-intense.

Mais quelquefois cette affection est si grave, qu'elle est infiniment plus difficile à guérir; et alors non-seulement elle détermine des douleurs aiguës, mais elle peut amener des conséquences sérieuses en empêchant l'enfant de dormir et en étant un obstacle à ce qu'il prenne le sein. Dans ces circonstances, l'état de la peau ressemble beaucoup à celui produit par une brûlure, et on peut le comparer aussi à l'aspect lisse et brillant que présente la peau d'un cochon à moitié rôti. Cet état a été bien représenté dans une des planches de mon atlas (1).

C'est cette maladie qui a été décrite par les auteurs sous le nom d'*Ichthyosis congenita,* nom que je ne puis admettre comme approprié. Dans la légende accompagnant le dessin dont je viens de parler, je me suis exprimé de la manière suivante sur le point en question :

« Le cas figuré par cette planche répond à la description de l'*Ichthyosis congenita* telle qu'elle est donnée par Heinhausen (2), Behrend (3) et Schabel (4); mais il diffère de l'affection connue sous le nom d'*Ichthyosis acquisita,* non-seulement par la forme et par la disposition des écailles épidermiques altérées qui sont exfoliées, mais aussi par l'état de la peau qui, chez l'enfant, ne présente pas les papilles hypertrophiées qu'on rencontre dans l'ichthyose des adultes.

» Une autre raison pour croire que ces maladies sont entièrement distinctes, c'est le fait que les enfants affectés de ce qu'on appelle *I. congenita* meurent tous dans l'espace de quelques jours, tandis que les adultes atteints d'*I. acquisita,* même d'une forme grave, peuvent conserver leur santé habituelle pendant plusieurs années.

» Il me semble donc désirable, ou de réserver à l'affection des enfants le nom de *Scutulatio* s. *Incrustatio,* comme l'a proposé le docteur Heinhausen, ou de l'appeler l'Ichthyosis *sebacea* neonatorum, de façon

(1) Heft III, 1859, taf. IX, fig. C.
(2) « De singulari epidermidis deformitate ». Berolini, 4°, 1.
(3) « Ikonographische Darstellung der nicht—syphilitischen Hautkrankheiten ». Leipsig, 1839.
(4) « Ichthyosis congenita, eine Inauguralabhandlung ». Stuttgart, 1856.

à indiquer que dans cette maladie, les couches cornées de l'épiderme contiennent une grande quantité de sécrétion sébacée. »

L'opinion exprimée dans les remarques que je viens de citer a été confirmée par toute mon expérience ultérieure, et je regarde par conséquent l'affection que je décris en ce moment et que représente la planche de mon atlas comme une *séborrhée* des nouveau-nés et non comme une variété d'*ichthyose* (1).

La séborrhée générale peut également survenir chez les adultes; mais chez ceux-ci, elle donne lieu à des altérations d'un genre différent, prenant plutôt la forme de la *séborrhée sèche* ou *squameuse*. Elle est accompagnée de la production d'écailles blanchâtres, semblables à du son, qui se forment plus particulièrement sur la poitrine, la face et le dos, et aussi, mais à un degré moindre, sur les membres. Dans ces cas, toutefois, il existe en outre quelques symptômes de la *S. oleosa,* car les parties de la peau situées entre les écailles ont l'aspect graisseux et luisant qui appartient à cette dernière maladie.

C'est ce que les auteurs ont appelé *pityriasis tabescentium, scrofulosorum* seu *tuberculosorum*; mais elle peut, en réalité, survenir chez tout individu auparavant robuste et bien nourri, qui a souffert pendant un temps considérable de quelque affection débilitante. En d'autres termes, elle n'est pas particulière aux malades tuberculeux ou scrofuleux, mais elle s'observe aussi chez les sujets affectés de syphilis, de chlorose ou de cancer.

La variété locale de séborrhée du cuir chevelu (*S. capillitii*) survient aussi bien chez les enfants (comme ce qu'on appelle Gneis) que chez les adultes. Dans les deux cas, elle est constituée par des *crustæ lamellosæ* jaunes, brunes ou noires ayant l'épaisseur du papier et agglutinant les cheveux. Cette forme de la maladie, toutefois, s'observe plus communément chez les enfants dont on ne prend pas tout le soin nécessaire. Chez les personnes plus âgées, elle se présente plus généralement comme ce qu'on appelle *pityriasis capillitii*, donnant lieu alors à la production d'écailles blanches, plus ou moins nombreuses, analogues à du son. Ces écailles tombent spontanément ou se détachent facilement quand le malade se peigne, se gratte ou se frotte la tête, de sorte que ses vêtements sont toujours recouverts d'une poudre épaisse et farineuse.

(1) M. Er. Wilson a décrit les cas dans lesquels il se produit une si excessive accumulation de sécrétion sébacée desséchée (soit chez les adultes, soit chez les enfants), sous les noms de *Ichthyosis sebacea* (Sauriderma, *I. spuria*), *I. squamosa*, et *I. spinosa* (op. cit., fig. 5, planche VI, p. 629).

En outre, il est incontestable que la séborrhée est une affection beaucoup plus sérieuse chez les adultes que chez les enfants; et, en effet, chez ces derniers elle paraît constituer un état plutôt physiologique que pathologique; tandis que chez les premiers sa présence se lie en général à des symptômes morbides de nature différente et surtout à la chlorose.

La séborrhée de la face se rencontre moins fréquemment pendant les premiers temps de l'enfance que chez les adolescents et les adultes. Elle revêt quelquefois la forme d'une *S. oleosa*, affectant le front, le nez, les joues et le menton; tandis que dans d'autres circonstances elle est accompagnée de la production de *crustæ lamellosæ* d'un jaune blanchâtre, ou d'*écailles* d'une couleur jaune grisâtre, ou verdâtre, ou même noire (comme dans la *Stearrhœa flavescens* et dans la *S. nigricans* de Wilson (1). Enfin, dans quelques cas elle peut même donner naissance à des pellicules qui ont jusqu'à une demi-ligne d'épaisseur. Celles-ci sont d'une couleur jaunâtre, et fendillées à la surface; elles sont quelquefois isolées les unes des autres, d'autres fois elles s'étendent sur toute la partie malade.

Certaines affections de la peau, et notamment la variole, sont suivies aussi, dans quelques circonstances, de l'apparition de produits morbides de même nature que ceux dont je viens de faire la description, mais correspondant par leur forme et leur distribution à la maladie primitive. Ces produits consistent en petites croûtes isolées, scutiformes, ou recouvrent sans interruption des parties considérables de la surface cutanée. Ils adhèrent assez fortement à la peau, et persistent longtemps après la disparition de la maladie qui leur a donné naissance. Ainsi, j'ai vu le visage d'un individu défiguré par des croûtes de ce genre, qui étaient encore solidement fixées à l'épiderme six mois après la guérison de la variole. Les organes génitaux des deux sexes sont souvent, aussi, le siége de la séborrhée. Ainsi, chez l'homme, elle affecte le *glans penis*, le *sulcus coronarius* et les couches internes du prépuce. Sur ces parties il se fait un amas considérable d'une substance blanche et caséeuse (connue sous le nom de *smegma præputii penis*); chez la femme, cette matière blanche et caséeuse s'accumule principalement dans les sillons, entre les lèvres et les nymphes, dans le vestibule, et entre le clitoris et son prépuce.

Selon Kölliker (2), le *smegma præputii penis et clitoridis* n'est formé qu'en partie par les glandes sébacées : il consiste principalement en

(1) *Op. cit.*, pp. 626, 627.
(2) *Loc. cit.*

cellules épidermiques et en globules graisseux, et ne contient généralement qu'un petit nombre de cellules appartenant réellement au sébum. A l'appui de cette opinion il insiste sur le fait qu'on trouve une substance de cette espèce sur le clitoris, bien que cet organe ne soit pas pourvu de glandes. Il affirme, en outre, que, même dans le pénis, les glandes de Tyson sont souvent très-peu nombreuses, et que, d'après les recherches microscopiques, quelle que soit l'abondance de ces glandes dans chaque cas en particulier, la plus grande partie du smegma est composée de cellules semblables à celles de l'épiderme du gland et des couches internes du prépuce. Pour ces raisons, Kölliker pense que, même chez l'homme, les glandes de Tyson ne prennent qu'une part très-limitée à la production de cette matière.

Sans vouloir, toutefois, contester les résultats de ces recherches microscopiques, je suis obligé de soutenir, au point de vue de l'observation clinique, que les organes génitaux sont sujets à être affectés de séborrhée. A mes yeux, il suffit assurément que l'anatomie ait démontré la présence de glandes sébacées dans ces régions; leur nombre importe peu; et quand le clitoris lui-même n'en renfermerait aucune, elles sont assez abondantes sur la couche interne du prépuce pour sécréter, si elles étaient le siége d'une maladie, la matière dont l'organe lui-même est recouvert.

Quand le smegma se forme ainsi en quantité excessive, les parties affectées du prépuce, du pénis ou du clitoris subissent des modifications différant essentiellement de celles que je viens de décrire. Chez l'homme, le *glans penis* paraît rouge et tuméfié, et le prépuce est œdématié; chez la femme, le clitoris et le prépuce sont douloureux et augmentés de volume, de façon que cet organe est beaucoup plus proéminent que d'habitude; les nymphes aussi sont œdématiées. En outre, toutes les parties atteintes sont recouvertes d'une matière huileuse, presque liquide, qui est sécrétée souvent en telle abondance, qu'elle s'échappe goutte à goutte. Ainsi, chez les individus qui ont un phimosis congénital, cette affection peut simuler la *gonorrhée* et même être confondue avec elle: d'où le nom allemand (Eicheltripper) donné à cette maladie, qui a reçu la dénomination scientifique de *Balanitis penis* seu *clitoridis*. En effet, il existe évidemment dans ces cas une inflammation de la surface de la partie et du prépuce qui la recouvre.

Chez les femmes, l'écoulement peut être assez abondant pour faire croire, à première vue, à l'existence d'une *blennorrhœa vaginæ*. Il importe de se rappeler que les petites filles, tout aussi bien que les femmes adultes, sont sujettes à être atteintes de cette variété de séborrhée.

Que les affections en apparence de nature différente dont je viens de parler aient, en réalité, une origine commune et soient dues à la séborrhée, il est possible, jusqu'à un certain point, de le déduire de l'observation clinique qui fait voir certainement que la plus commune, la forme chronique de la maladie peut devenir fréquemment aiguë et *vice versa.*

Seborrhœa congestiva. — Je saisis cette occasion pour dire quelques mots d'une affection que j'ai décrite ailleurs (1) sous ce nom.

Elle s'est présentée pour la première fois à mon observation, à ma clinique, où je vis certains individus qui, tout en étant bien portants sous tous les autres rapports, avaient des taches nettement limitées d'une coloration rouge foncée sur la figure, principalement sur les joues, le nez et le menton. On remarqua que les conduits des glandes sébacées occupant la peau des endroits malades étaient obstrués par des masses de leur sécrétion ; et quelques-unes des taches étaient souvent recouvertes de plaques de sébum déjà excrété. Il me vint donc à l'idée que cet état morbide était probablement le résultat d'une séborrhée qui ne différait des formes ordinaires de cette maladie que par la congestion extrême et l'hypérémie de la peau des régions affectées.

Il me fut impossible de trouver aucune indication de cette altération dans les ouvrages publiés jusqu'alors ; et pourtant ces symptômes me semblaient assez remarquables et assez distincts pour mériter une description spéciale ; je fus conduit ainsi à proposer pour cette affection le nom de *Seborrhœa congestiva.*

Six ans plus tard, en 1851, M. Cazenave (2) fit paraître un article sur une maladie qu'il appelait le *Lupus erythematosus*, et dans laquelle je reconnus celle que j'avais précédemment décrite moi-même sous le nom que je viens de mentionner.

Depuis cette époque, j'ai eu maintes fois l'occasion d'examiner des cas de cette nature et j'ai pu en garder plusieurs sous mon observation pendant un long espace de temps. J'ai été amené à adopter le nom proposé par M. Cazenave de préférence à celui que j'avais d'abord choisi ; car cette affection, le plus souvent, suit une marche chronique, dure en général plusieurs années, et laisse des cicatrices après sa disparition. Or, ces caractères répondent certainement mieux à ceux du lupus qu'à ceux de la séborrhée.

(1) « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte », Band I, 1845, p. 40. Canstatt's « Jahresbericht über die Leistungen der Dermatologie im Jahre, 1845 », p. 226.

(2) « Annales des maladies de la peau et de la syphilis » ; vol. III, n° 11, 1851.

Cependant je suis à même de montrer que, dans cette maladie, il y a réellement une modification dégénérative particulière, non-seulement dans le sébum lui-même, mais aussi dans les organes qui le sécrètent. En effet, ce changement est indiqué dans quelques circonstances par le fait que les glandes sébacées situées sur la peau rouge et altérée sont obstruées par des masses de sécrétion semblables à celles qui constituent les comedones, mais ayant une consistance d'une solidité inaccoutumée.

Le docteur J. Neumann, qui a aussi examiné la peau des joues chez des individus affectés de cette maladie, a montré que son siége est dans les glandes sébacées.

Dans le volume qui accompagne mon atlas (1), j'ai donné la description suivante du *Lupus erythematosus*. « La première trace de cette maladie consiste dans la formation de taches nettement définies, très-peu élevées au-dessus du niveau de la surface cutanée, mais rudes au toucher et d'une teinte rouge grisâtre. Dans la plupart des cas, on voit ensuite ces taches se couvrir de petits points durs d'une coloration verte foncée : c'est le sébum qui remplit l'orifice des glandes. Ces « comedones » peuvent être tout à fait isolés, ou rangés côte à côte, ou même confondus en une seule masse. Dans d'autres circonstances, néanmoins, il survient sur ces taches rouges des pellicules minces et blanches qui présentent à leur face inférieure de nombreux processus filiformes s'engageant dans les conduits dilatés des glandes sébacées. Ces processus, comme les pellicules elles-mêmes, consistent en sébum desséché mêlé à des écailles épidermiques. »

Je voudrais surtout attirer l'attention sur la seconde des deux planches qui font partie de mon atlas (Tab. 8). Elle indique clairement la teinte rouge verdâtre de la peau de la face, recouverte de nombreux comedones de coloration foncée. Je ne puis m'empêcher de croire que ceux qui consulteront cette planche en arriveront à la conclusion que le « *Lupus erythematosus* » de M. Cazenave est dû, en réalité, à une modification spéciale des glandes sébacées et de leur sécrétion.

Étiologie. — Il n'a pas encore été possible de se rendre exactement compte des causes des affections que je viens de décrire. Je ne veux pas, cependant, imiter l'exemple de la plupart des dermatologues, qui passent cette question entièrement sous silence, et j'indiquerai en conséquence ici tout ce que mon observation m'a permis de recueillir sur ces maladies.

(1) « Erste Lieferung », 1856, Tab. 6 und 8, S. 4.

En premier lieu, quelques-unes d'entre elles, qui affectent presque tout le monde sans altérer en rien la santé, sont évidemment d'une nature plutôt physiologique que pathologique. Ainsi, le *vernix caseosa* des nouveau-nés, et le *smegma præputii penis et clitoridis* doivent être regardés comme des produits normaux, à moins qu'ils ne se forment en quantité excessive; et de même la séborrhée *neonatorum* (Gneis) peut à peine être considérée comme un état pathologique. Cependant, si elles dépassent un certain degré, toutes ces maladies peuvent donner lieu à des affections de différents genres, de sorte que, dans cette circonstance (comme dans tant d'autres), il existe une relation étroite entre l'état de santé et ce que nous considérons comme une maladie. En d'autres termes, on ne peut tirer qu'une ligne arbitraire de séparation entre les formes physiologiques et les formes pathologiques de la séborrhée.

Cependant ces affections acquièrent dans quelques cas un degré particulier d'intensité, et s'accompagnent de certains états morbides de la santé générale avec lesquels elles sont incontestablement dans un rapport de cause à effet; car elles disparaissent en même temps que ceux-ci. Par conséquent, et tant qu'il s'agit de leur étiologie, nous sommes pleinement fondés à insister d'une façon particulière sur ces formes de la séborrhée qui sont évidemment liées à d'autres maladies.

Or, ceci est surtout vrai quand il s'agit de cette variété locale de séborrhée qui se produit sur la tête et la face des adolescents et des adultes, se présentant quelquefois comme une *S. oleosa,* quelquefois comme une *S. sicca,* et accompagnée généralement d'un *defluvium capillorum* plus ou moins prononcé.

En effet, ces malades sont pour la plupart conduits à consulter un médecin, principalement par l'ennui qu'ils éprouvent de voir leurs cheveux tomber ainsi, et en raison de la quantité de croûtes dont leur tête est couverte. Dans les cas où la chute des cheveux n'est pas aussi considérable, l'affection est en commençant le plus souvent méconnue, car le malade ne se plaint encore d'aucun symptôme subjectif (douleur ou démangeaison), et l'état morbide consiste seulement dans la présence de pellicules de sebum sur la face et la tête.

Ce n'est qu'à une époque plus avancée, quand l'affection a déjà existé pendant quelque temps, qu'il survient de la démangeaison à la tête et que ce symptôme, joint au *defluvium capillorum,* détermine le malade à prendre le conseil d'un médecin.

Dans la majorité des cas, les malades sont des jeunes filles chlorotiques; et même les hommes qui sont affectés de cette forme de sé-

borrhée présentent généralement un état analogue à la chlorose. Cependant, cette chute des cheveux accompagnée de la présence de pellicules caractérisant l'affection que je décris en ce moment, se produit très-fréquemment à la suite d'autres maladies dans lesquelles les fonctions de la nutrition sont troublées. C'est ainsi que nous observons ce phénomène après le typhus, la rougeole, la scarlatine, la variole, et d'autres maladies fébriles. Il peut aussi survenir chez les femmes en couches, pendant l'époque de la lactation, et chez des personnes affectées de tuberculose, de syphilis ou d'une forme chronique du cancer.

Dans quelques cas, toutefois, il est difficile de démontrer que cette affection, ainsi que le *defluvium capillorum* qui l'accompagne, est liée à une maladie locale ou générale. Car nous voyons quelquefois la séborrhée survenir chez des personnes jouissant d'une bonne santé et chez lesquelles les fonctions de la nutrition s'accomplissent bien ; et quoique, dans ces cas, la maladie disparaisse souvent rapidement, cependant elle peut se prolonger quelquefois. Dans ces circonstances, nous ignorons entièrement quelles sont ses causes prédisposantes ou déterminantes.

On peut observer, il est vrai, qu'en règle générale la séborrhée, chez les personnes bien portantes, est bornée au cuir chevelu et affecte particulièrement la partie antérieure de cette région correspondant à la distribution du nerf frontal. Mais, cependant, la face aussi est légèrement atteinte et quelques petites écailles apparaissent sur différents points de sa surface. La *seborrhœa oleosa* du visage peut en outre s'accompagner dans la plupart des cas d'une affection pelliculeuse du cuir chevelu. Elle survient aussi bien chez les personnes qui sont en bonne santé ou ont même de l'embonpoint, que chez les individus qui font abus de liqueurs alcooliques et chez lesquels le foie a subi la dégénérescence graisseuse.

C'est là un point sur lequel je voudrais attirer plus particulièrement l'attention de ceux qui s'intéressent à l'étude de la pathologie et de l'anatomie pathologique; car c'est un fait avéré que la sécrétion sébacée des buveurs d'alcool (et par conséquent des individus atteints de dégénérescence graisseuse du foie) est spécialement molle et huileuse. La peau de ces individus donne alors une sensation particulièrement lisse et grasse au toucher. Il en résulte aussi que les canaux des glandes chez ces individus ne sont jamais oblitérés par des masses de sebum (comedones). Et de fait, à moins que leur situation ne soit indiquée par la présence de quelques menus poils à l'endroit même de

leur emplacement, les orifices de ces conduits ne peuvent être distingués que par un œil exercé et après un examen attentif.

Traitement. — Il sera évidemment *général* ou *local :* on peut administrer des remèdes internes, ou employer des applications externes. Dans beaucoup de circonstances, toutefois, la séborrhée n'est pas le résultat d'une maladie constitutionnelle, ou, du moins, elle est due à des causes que nous ignorons complétement. Par conséquent, je ne prescris de médicaments internes que dans les cas où les applications locales sont restées sans effet, ou dans lesquels on peut supposer que l'affection est due à quelque maladie de l'organisme dont la démonstration est possible.

Or, l'expérience nous a montré que les agents qui améliorent la nutrition de toute l'économie et favorisent la sanguinification sont ceux qui ont le plus d'efficacité contre la séborrhée.

Par conséquent, dans les cas appropriés, nous pouvons prescrire d'abord les amers ordinaires, tels que l'*Infusum Millefolii*, le *Trifolium fibrinum*, le *Radix calami aromatici*, le *R. zingiberis*, ou le *R. cardui benedicti ;* ensuite, nous aurons, dans quelques cas, à donner de la quinine ou le *Decoctum cinchonæ ;* et, en dernier lieu, nous pouvons avoir recours à l'arsenic.

Lorsque le malade est affecté évidemment d'anémie, de chlorose, ou de tout autre état semblable, notre traitement interne doit nécessairement consister en grande partie dans l'usage des préparations ferrugineuses. Dans ces circonstances, j'ai souvent employé, avec avantage, le mélange de fer et d'arsenic proposé par Erasmus Wilson, et qu'il appelle la *Mixt. Ferro-arsenicalis.*

En voici la formule :

℞ Vin ferrugineux........................	48 gramm.
Sirop simple........................	àâ 8 gramm.
Liq. de potasse arsenicale........	(àâ 8 gramm.)
Eau distillée........................	64 gramm.

A prendre un drachme ($1^{gr},77$) trois fois par jour, aux repas.

Dans le cas où le *Vinum Ferri* incommoderait le malade, on peut y substituer la *Tinctura Ferri Malatis*. La prescription dont je me sers alors est la suivante :

℞ Teinture de malate de fer..........	32 gramm.
Liqueur de potasse arsenicale........	4 gramm.
Eau de menthe..................	125 gramm.

A prendre une dixième partie, chaque jour, avant le dîner.

Il faut se rappeler qu'on ne peut obtenir un bon effet de ces médica-

ments qu'en prolongeant leur usage pendant plusieurs mois, au moins, et à doses graduellement croissantes.

Je dois exprimer ma conviction que dans ce cas il est tout à fait inutile d'adopter une méthode éliminante de traitement, ou de prescrire des médicaments qui agissent, à ce que l'on suppose, comme « *purificateurs du sang* ». Des purgatifs et la Décoct. de salsep. comp. n'ont aucune efficacité dans la séborrhée. Ces remèdes peuvent même devenir nuisibles.

En conséquence, le régime de ces individus doit être aussi nutritif que l'état de leurs fonctions digestives le leur permet. Ils doivent auss régler leur genre de vie sous d'autres rapports.

Le traitement local de la séborrhée varie selon le siége de la maladie. Cependant, dans tous les cas, le premier point à obtenir c'est de se débarrasser des masses de sécrétion sébacée qui peuvent exister. Dans ce but, il faut employer des agents qui ramollissent ou dissolvent cette substance. De simples ablutions avec de l'eau, ou l'application de la douche, n'arriveront à les enlever qu'après un temps considérable; tandis que l'on pourrait obtenir ce résultat beaucoup plus promptement en frottant la partie affectée avec quelque substance grasse ou huileuse, ou même avec de l'alcool ou de l'éther.

Il est, toutefois, nécessaire de se souvenir que lorsque cette maladie a duré pendant un temps considérable et que des croûtes assez épaisses se sont formées, on doit les ôter lentement et graduellement, sinon le malade est très-disposé à supposer que l'enlèvement brusque de ces accumulations de sebum est la cause de la chute de ses cheveux. Car il arrive presque toujours que le même état qui donne naissance à la séborrhée altère la nutrition des cheveux qui poussent sur l'endroit affecté. Par conséquent, même quand ils ne tombent pas, ils tiennent si peu que le moindre effort suffit pour les arracher. Ou bien encore ils peuvent être réellement détachés, et cependant ils sont retenus en place par les masses de sébum, de sorte que le cuir chevelu paraît encore très-bien garni.

Or si, dans ces circonstances, nous enlevons brusquement les croûtes dans lesquelles les racines des cheveux sont enfoncées, ceux-ci se détacheront nécessairement en même temps, et, à moins de nous attendre à ce résultat, nous nous trouverons mortifiés et notre malade sera peiné en voyant qu'il est devenu tout à coup chauve.

Il est donc utile dans ces cas, soit de ne pas se débarrasser trop rapidement de ces masses de sebum, soit, au moins, de prévenir le malade de l'effet de notre traitement. On peut atteindre ce but en arra-

chant d'abord quelques-uns des cheveux et en lui montrant que leurs racines ne sont plus implantées dans la peau et ne tiennent en place que par leur adhérence aux croûtes, avec lesquelles elles doivent nécessairement tomber.

Après avoir, avec toutes les précautions voulues, ramolli et enlevé les masses de sebum, il faut laver entièrement la partie affectée avec du savon et de l'eau. Ceci doit être fait plusieurs fois dans tous les cas, lors même que la peau deviendrait rouge et luisante, et quoiqu'il puisse se produire un peu d'humidité (Nässen), sur un ou deux points de sa surface.

Après avoir ainsi nettoyé le tégument, on appliquera de nouveau quelque onguent ou quelque substance grasse, dans le but de diminuer la sensation de tension très-désagréable laissée par l'opération et de prévenir la formation de nouvelles écailles qui ne tarderaient pas sans cela à revenir.

Je crois que dans ces circonstances, il est indifférent que nous employions simplement de l'axonge, ou un onguent renfermant une petite quantité d'oxyde de zinc, de précipité blanc, de tannin ou de quinine. Dans tous les cas, les bons effets de cette médication doivent être probablement attribués à l'axonge seule. Si, cependant, le malade se plaint de démangeaison après l'enlèvement des croûtes, il sera probablement utile d'appliquer avec une brosse une mixture contenant de l'huile de cade et de l'alcool à parties égales, ou de laver la surface de la peau avec une solution faible d'acide phénique. Dans ce but je fais usage de la formule suivante :

℞ Acide phénique........................	0gr,55c
Glycérine........................	} ââ 16 gramm.
Alcool........................	
Eau distillée ou eau de lavande.....	

Tout le traitement que je viens de décrire (comprenant les onctions avec de l'huile, les ablutions avec du savon et de l'eau, et enfin l'application de l'axonge ou de quelque onguent) doit être répété toutes les vingt-quatre heures jusqu'à ce que la démangeaison cesse et qu'il ne se produise plus de croûtes. En attendant les cheveux auront commencé à se montrer de nouveau ou auront pris une croissance plus vigoureuse.

Lorsque la séborrhée affecte, non le cuir chevelu mais la face ou quelque partie du tronc, elle cède beaucoup plus facilement au traitement que je viens de décrire. Dans ce cas, il est rarement nécessaire d'employer les préparations de goudron.

Pronostic. — Dans les différentes variétés de la séborrhée le pro-

nostic dépend en grande partie de la *cause* de la maladie. Les formes que l'on peut considérer comme physiologiques ont moins d'importance que toutes les autres; les plus défavorables sont celles qui se trouvent liées au cancer, à la tuberculose, à la syphilis ou à quelque autre maladie interne. La susceptibilité aux récidives suit la même règle.

Quant à la calvitie résultant de ces affections, il est rare qu'elle soit simplement transitoire ; en d'autres termes, la croissance des cheveux revient rarement plus tard à son état normal. Ceux qui se développent ultérieurement sont en général plus courts, plus fins et moins abondamment pourvus de pigment qu'auparavant. Lors même que leur nombre ne serait pas diminué, ces cheveux ne forment plus qu'un duvet rare, mince et décoloré, triste coiffure pour la tête d'un malade.

2. Affections dans lesquelles le sebum est sécrété en quantité excessive, en même temps que son excrétion se trouve gênée.

A l'exception du *lupus erythematosus*, les maladies décrites jusqu'à présent dans ce chapitre s'accompagnent toutes d'une production beaucoup plus abondante de sebum, qui s'étend immédiatement sur la surface cutanée, où il n'y a pas d'obstacle à sa sécrétion. Mais même dans ces maladies nous trouvons généralement quelques-uns des conduits obstrués par des masses de sécrétion sébacée, qui ont longtemps porté le nom de *Comedones* (*acne punctata*).

Or si, autant que nous sachions, les comedones se produisent seulement lorsque l'issue du sebum, après sa sécrétion, est empêchée de quelque façon, le fait que la séborrhée (surtout la forme qui affecte la face) est habituellement liée à leur présence semble montrer que le même état morbide qui produit l'une de ces affections préside aussi au développement de l'autre.

Il est cependant indispensable, pour plus d'une raison, de donner une description spéciale des comedones. Ainsi, les altérations auxquelles cette affection donne lieu diffèrent entièrement de celles de la séborrhée. En effet, par suite de l'hypertrophie extrême des comedones et de leur réunion en une seule masse, il se forme des corps particuliers, semblables à des verrues, que j'ai décrits moi-même, en 1842, sous le nom de verrues sébacées (Sebumwarzen) et qui ont reçu de Ribbentrop (1) le nom de « Comedonenscheiben ». De plus, la présence des comedones détermine souvent une inflammation des follicules, qui de-

(1) « Rust's Magazine », Band LXIV, 1845, Heft 1.

vrait être appelée naturellement *folliculitis*, mais qui a été généralement désignée sous le nom d'*acné* (Ionthus, Varus).

Il y a encore, outre ces affections, d'autres maladies d'origine semblable. Telle est celle connue sous le nom de *Milium* ou *Grutum*, ou, selon Willan, de *Strophulus albidus*, et de *S. candidus;* celle qui a été appelée *Vitiligoidea*, et enfin celle qui reçut de Willan la bizarre appellation de *Molluscum contagiosum*, et qui consiste dans la formation d'élévations semi-globulaires ressemblant à des vésicules. Toutes ces conditions morbides peuvent être considérées comme constituant des séries ininterrompues et se rapporter aux glandes sébacées, dont une seule parfois est affectée, tandis que dans d'autres circonstances, en pareil cas, plusieurs glandes adjacentes sont simultanément envahies.

COMEDONES.

Ce sont, comme nous le savons, de petits points de couleur foncée, s'élevant rarement au-dessus du niveau de la peau, et facilement expulsés lorsqu'on exerce une pression de chaque côté. On voit alors que ces points noirs constituent le sommet de petits corps vermiformes qu'on prenait, en effet, autrefois pour de petits vers, ayant généralement une certaine longueur et une coloration blanchâtre, jaune blanchâtre ou jaune. Cette affection s'observe principalement sur la face, la poitrine et le dos.

Ces masses peuvent être facilement examinées, après avoir été enlevées soit du sujet vivant, soit du cadavre. On les trouve alors composées de sébum accumulé et retenu dans les conduits communs aux glandes sébacées et aux follicules pileux.

Les comedones sont quelquefois isolés, parfois réunis en groupes. Leur volume varie depuis celui de la pointe jusqu'à celui d'une tête d'épingle. La couleur de leur extrémité libre n'est pas toujours la même.

Si nous observons un comedo, par intervalles, pendant un temps considérable, nous trouvons souvent qu'il reste sans aucune espèce de changement. L'affection entraîne alors une grande défiguration, car la face du malade présente le même aspect que si des grains de poudre avaient été introduits dans la substance de la peau. D'autres comedones, toutefois, subissent une évolution spontanée; le sébum qui avait été accumulé est graduellement expulsé de l'orifice du conduit et la glande revient à son état normal. Dans ce cas, l'affection ne se reproduit pas, à moins, cependant, que le canal excréteur ne soit obstrué de nouveau. On a pu s'assurer, par l'observation directe, que les come-

dones peuvent disparaître alors d'eux-mêmes, et que quand cela arrive il ne survient aucune autre altération morbide.

Ce fait important est ma justification pour décrire séparément l'*acné* et l'affection dont je m'occupe en ce moment. Car, bien que j'admette que les *comedones* puissent être la cause de l'*acné* en irritant les parties voisines ou autrement, cependant les différences qui existent entre les deux maladies me semblent si marquées que je crois nécessaire de les décrire isolément. Je dois, en conséquence, renvoyer le lecteur au second volume de cet ouvrage pour la description de l'acné.

Les recherches de Krause, de Simon, de von Bärensprung, d'Er. Wilson et de Kölliker, ont montré que les comedones sont causés par une accumulation de sécrétion sébacée, non-seulement dans les glandes elles-mêmes, mais dans les canaux qui leur sont communs ainsi qu'aux follicules pileux. Ces masses contiennent généralement, outre le sébum, de petits cheveux en plus ou moins grand nombre, dont quelques-uns sont roulés en spirale.

Enfin, l'*Acarus folliculorum* se trouve souvent, mais non constamment, dans les comedones. Ce parasite fut d'abord découvert par Henle (1) dans les glandes cérumineuses; un peu plus tard Gustave Simon (2) le découvrait, de son côté, dans les follicules pileux et les glandes sébacées dilatées, et ultérieurement le même observateur le rencontra dans ces mêmes organes à l'état normal. Son existence est aujourd'hui généralement reconnue; et avec un peu d'habileté on peut facilement l'exposer à la vue.

Dans ce but, il n'est plus nécessaire d'examiner les comedones eux-mêmes. On se contente maintenant de gratter avec le rebord d'un couteau le front ou quelque autre partie de la peau d'une personne affectée de ce parasite. Nous recueillons ainsi une certaine quantité de sébum mêlé à des masses d'épiderme; et après avoir pris la précaution de ramollir cette matière par l'addition d'un peu d'huile, on peut y chercher l'animal avec succès. Il est facile de le voir à un grossissement de 400 diamètres.

L'*Acarus folliculorum* paraît varier beaucoup en longueur et en forme selon le degré de développement auquel il est parvenu au moment de l'examen.

Simon donne de ce parasite la description suivante : « Dans sa

(1) « Beobachtungen aus der Œstlichen Schweiz », Dec. 1841.
(2) « Med. Zeitung von dem Verein für Preussen », 1842, n° 9. — Müller's « Archiv. für Anatomie », 1842.

forme la plus commune l'*Acarus folliculorum* a de $0^m,085$ à $0^m,125$ de longueur, et environ $0^m,020$ de largeur. La tête est pourvue de deux palpes latéraux et bifides, et d'un proboscis long et tubuleux, sur lequel on trouve un organe triangulaire composé de deux pointes ou défenses fines. La tête tient immédiatement au thorax, qui compose environ le quart de toute la longueur de l'animal. De chaque côté du thorax il y a quatre pattes très-courtes, coniques, consistant en trois segments et portant trois griffes étroites à leurs extrémités libres. De la base de chaque patte une crête (Streifen) s'étend transversalement à travers le thorax ; et ces bandes transversales sont reliées les unes aux autres par une crête longitudinale placée sur la ligne médiane.

» L'abdomen est environ trois fois aussi long que la poitrine; ses téguments présentent un grand nombre de constrictions qui ont l'air de lignes transverses placées en juxtaposition et donnent à ses rebords latéraux l'aspect d'une lime.

» Une autre variété de cet animal est caractérisée par la brièveté de de l'abdomen, qui peut ne pas être plus long que le thorax et qui, de toutes les façons, ne dépasse pas cette région de plus d'une demi-longueur.

» Une troisième variété de l'*Acarus folliculorum* offre cette particularité qu'elle a seulement trois paires de pattes au lieu de quatre que l'on voit habituellement. De plus, l'abdomen est parfaitement lisse, les lignes transverses faisant complétement défaut. Erichsen suppose que cette forme de l'animal est la plus jeune ; celle qu'on a primitivement décrite vient ensuite comme rang d'âge, tandis que la troisième (celle au court abdomen) représenterait un degré encore plus avancé. » A vrai dire, cet observateur pense que, chez l'acarus qui atteint son plein développement, l'abdomen fait entièrement défaut.

Il existe en outre une quatrième variété de ce parasite qui a une forme cordée. Elle fut d'abord reconnue par Simon, qui en donna un dessin. Wedl dit l'avoir très-fréquemment observée, et pense qu'elle constitue le premier degré de développement de l'acarus. Sa principale raison pour cette opinion, c'est qu'il a clairement vu plusieurs fois un semblable corps cordé dans la partie antérieure de l'abdomen d'un autre animal.

Divers noms ont été donnés à ce parasite par les différents auteurs. Simon l'appela l'*Acarus folliculorum ;* Owen, le *Demodex follicularis;* Miescher, le *Macrogaster Platypus;* P. Gervais, la *Simonea folliculorum;* E. Wilson, l'*Entozoon folliculare* et le *Steatozoon folliculare*. Selon Th. von Siebold il appartient aux *Acarina*.

Gruby affirme qu'ayant transporté ce parasite chez le chien, il trouva plus tard cet animal envahi par d'autres acari appartenant à la même espèce; que dans l'espace de deux ans le nombre de ces parasites avait augmenté considérablement, au point que chaque glande cutanée en avait été affectée et par conséquent le chien perdit ses poils. Simon et Wedl, toutefois, ont mis en doute ces assertions. Oschatz soutient qu'il a rencontré un parasite analogue dans les glandes des paupières d'un mouton.

Bien que l'*Acarus folliculorum*, même lorsqu'il existe en nombre considérable, ne produise généralement aucun symptôme évident, Simon admet, néanmoins, qu'il peut occasionner dans quelques cas la formation de comedones et de pustules acnéiques. En effet, Remak a rapporté le cas d'une personne gravement atteinte d'acné du nez et du menton, et chez laquelle on supposait que ce parasite était la cause de l'affection. Mais dans cet exemple, ce ne fut qu'après de longues recherches et de grandes difficultés que Remak réussit à extraire l'animal du fond de quelques-unes de ces pustules, quelquefois à la profondeur d'une ligne de la surface de la peau.

Selon moi, l'opinion que l'*Acarus folliculorum* puisse jamais donner lieu à aucune des affections que j'ai nommées n'est nullement fondée. En effet, il est positif que nous ne réussissons pas à le trouver dans les comedones et à l'intérieur des tubercules de l'acné plus souvent que dans les glandes sébacées d'individus dont la peau est particulièrement douce et délicate; car chez ces personnes on découvre fréquemment ce parasite par la méthode que j'ai décrite plus haut.

Milium seu Grutum.

Ayant donné une description complète du comedo ordinaire, je passe naturellement à la description de la maladie connue sous le nom de *milium* ou *grutum* et qui consiste dans la formation de petits corps blanchâtres, arrondis, parfois isolés, d'autres fois agglomérés. Ces corps sont placés au-dessous de l'épiderme, et quand on l'incise, il est facile de les enlever en exerçant une pression de chaque côté.

Cette affection s'observe le plus communément sur la surface des paupières et des joues, sur la partie rouge des lèvres, et sur les organes génitaux de l'homme et de la femme. Autour de la *corona glandis*, on peut voir quelquefois les petits corps arrondis que je viens de décrire, réunis en quantité considérable. On les trouve aussi sur le *dorsum penis*, le prépuce, et le scrotum, où ils sont souvent placés très-près

des points où les poils émergent de la peau. Les parties des organes génitaux externes de la femme qui sont le siége le plus habituel de cette maladie sont les nymphes, dont les surfaces internes, par exemple, contiennent souvent des centaines de ces petits corps et présentent, en conséquence, un aspect glanduleux rude.

Les principales différences entre le *comedo* et le *milium* se résument de la manière suivante. Le premier occupe le canal d'un follicule pileux et par conséquent est en communication directe avec la surface cutanée. A la vérité, il doit à cette circonstance sa « tête » noirâtre consistant simplement en particules de poussière adhérentes à la substance grasse dont le comedo est composé. D'autre part, la poussière ou la saleté ne peuvent avoir accès auprès du milium, car ce petit corps arrondi se trouve au-dessous de l'épiderme qui lui forme une enveloppe complète. De plus, le siége de cette affection n'est pas le conduit, mais la glande sébacée elle-même, ou, plus probablement, un seul lobule de cet organe.

Je crois donc que le *milium* est constitué par une glande sébacée (ou par un seul lobule d'une de ces glandes) remplie de sa sécrétion, et ne communiquant plus avec le follicule pileux dans lequel elle s'ouvrait précédemment, mais formant un corps indépendant implanté dans la substance de la peau. Je puis assurément rapporter à l'appui de cette opinion, le fait que ces petits corps arrondis s'observent fréquemment aux endroits où des opérations ont été pratiquées. C'est ainsi qu'on les voit souvent de chaque côté d'une cicatrice linéaire : phénomène qui tient sans doute à ce que plusieurs lobules des glandes sébacées, ayant été divisés par l'incision, sont restés isolés et ont été ultérieurement distendus par la matière sébacée.

Ces corps globuleux existent fréquemment aussi, en grand nombre, sur des régions affectées de quelque autre maladie cutanée, telle que le lupus. Il est probable que dans ce cas également elles prennent naissance de la même manière, car, dans le cours des modifications formatives et destructives constituant le lupus, certaines glandes sébacées ont dû très-probablement se détacher du follicule pileux ou quelque lobule de ces glandes se séparer des autres lobules.

Mais quelle que soit la nature de la lésion qui amène la production du *milium*, il est du moins certain que ces petits corps arrondis et blanchâtres siégent simplement au-dessous de l'épiderme, et n'adhèrent à aucun des tissus profonds, étant fixés seulement par les couches de l'épiderme qui les recouvre. On le démontre facilement par ce fait qu'ils s'échappent immédiatement, aussitôt qu'on pratique une

incision dans l'épiderme qui les bride. A vrai dire, ils sont quelquefois expulsés spontanément, quand leur enveloppe épidermique est enlevée dans le cours des changements physiologiques qu'elle subit; et de cette manière, des groupes entiers de ces petits corps peuvent être chassés en même temps.

Vitiligoidea.

C'est encore une autre altération qui a son point de départ dans une modification morbide des glandes sébacées. Elle a reçu ce nom de *vitiligoidea* de feu le docteur Addison (1) et du docteur Gull, qui en ont décrit deux variétés, le *V. plana* et le *V. tuberosa*.

M. Erasmus Wilson, mécontent du nom donné à cette affection par les auteurs que j'ai cités, a proposé celui de *Laminæ flavæ epithelii cutis*. Il est d'avis que, dans cette maladie, c'est la couche de l'épiderme tapissant les follicules qui est atteinte, plutôt que les glandes elles-mêmes et leur contenu. Il croit que les nodules formés dans le vitiligoidea résultent d'une *hypertrophie jaune* de l'épithélium garnissant les glandes sébacées. Ce n'est pas là, il est vrai, l'opinion que soutenait autrefois M. Wilson. Il considéra d'abord cette affection comme due à une modification des glandes elles-mêmes, et lui donna le nom de *Molluscum sebaceum*. Mais il fut conduit ultérieurement à adopter une autre manière de voir, car après une ponction faite à l'un de ces nodules, il lui fut impossible d'expulser le corps jaunâtre qui se trouvait au-dessous de l'épiderme.

Or, je ne puis m'empêcher de penser que, si M. Wilson eût fait une incision à travers le tubercule au lieu de ponctionner simplement l'épiderme qui le recouvrait, il serait resté fidèle à sa première opinion. En effet, dans les cas qui se sont présentés à mon observation, lorsque j'avais incisé l'enveloppe épidermique et exercé une pression sur les deux côtés de l'incision, il s'échappait immédiatement une substance ne présentant à l'examen d'autre différence d'avec la sécrétion sébacée ordinaire qu'une consistance plus ferme, ayant en réalité une coloration jaune plus prononcée. Je dois signaler aussi que cette affection se rencontre, chez beaucoup de personnes, sur les paupières supérieure et inférieure et même sur d'autres parties de la face. On découvre sa présence en étendant la peau avec force et en faisant une incision assez profonde dans les plaques blanchâtres ou jaunâtres qui apparaissent alors à la vue. En exerçant une pression sur les deux

(1) « Guy's Hospital Reports », 2e series, vol. VII, p. 2 ; vol VIII, p. 149.

côtés de la plaie, il s'échappe des masses de sebum dégénéré accumulées à l'intérieur du derme.

D'après la description qu'en ont donnée Addison et Gull, cette maladie « se présente sous diverses formes, à savoir, soit comme des tubercules, dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un gros pois, isolés ou confluants; soit, en second lieu, comme des plaques jaunâtres, à contours irréguliers, faisant une légère saillie, et offrant peu de consistance. Chacune de ces formes peut se produire séparément, ou toutes les deux se trouver réunies chez le même individu. Dans ces dernières circonstances on est à même de reconnaître la connexion existant entre elles à travers une série intermédiaire de gradations, qui démontrent clairement leurs rapports essentiels ».

Jusqu'au moment de la publication de ces articles, dans les « Guy's Hospital Reports », il s'était présenté cinq cas de vitiligoidea à l'observation des médecins dont je viens de citer les remarques. Quatre de ces cas s'étaient montrés chez des femmes; le cinquième était survenu chez un homme. L'affection était située sur la face (comprenant les paupières et les oreilles) aussi bien que sur d'autres parties du corps, telles que les coudes et les faces dorsale et palmaire des mains. Chaque fois les tubercules s'étaient développés très-lentement, et avaient fini par arriver à un état stationnaire, état où ils n'avaient pas subi d'autres modifications.

Je ne dois pas omettre de mentionner que sur ces cinq cas de vitilegoidea, trois fois l'affection cutanée fut précédée de jaunisse, et que dans un autre, elle coïncida avec le diabète. Dans le dernier, il n'est question d'aucune maladie concomitante.

D'après le récit d'Addison et de Gull, et les planches accompagnant leurs articles, il est facile de s'apercevoir que le derme lui-même ne devait pas être le seul tissu affecté dans les cas qui se présentèrent à leur observation. Je suis convaincu, en effet, que le vitiligoidea consiste en une dégénérescence spéciale du sebum et des glandes qui sécrètent cette substance; et que cette maladie est associée à d'autres affections cutanées bien connues depuis longtemps et particulièrement à cette forme de *milium* dont j'ai déjà parlé comme pouvant survenir sur la partie colorée des lèvres, sur les nymphes, et autour du sillon du gland.

Il est vrai que le second et le quatrième des exemples rapportés par ces auteurs présentaient un caractère opposé à l'opinion que j'ai avancée. Chez ces malades, l'affection se produisit sur les paumes des

mains où l'on n'a pas encore découvert de glandes sébacées cutanées. Mais sur la surface dorsale des doigts et notamment sur les articulations, entre les premières et les secondes phalanges d'une main, l'aspect des tubercules était exactement le même que sur les autres régions du corps.

Les dessins donnés par M. Wilson (1) indiquent clairement le siége de cette maladie, lequel doit être cherché dans les glandes sébacées. Car, dans ces figures, nous voyons aussi des tubercules dont quelques-uns sont isolés et d'autres confluents, mais qui correspondent tous à des glandes distendues et ressemblent aux élevures constituant le milium.

Comme je l'ai déjà dit, dans les deux cas de vitiligoidea qui se sont présentés à mon observation, j'ai réussi à expulser la matière morbide des cavités dans lesquelles elle était renfermée, en exerçant une pression après avoir fait une incision à la peau. La substance grasse que j'obtins ainsi était d'une consistance ferme et d'une couleur jaune ou du moins jaunâtre, et analogue à la sécrétion sébacée (2).

Verrues et tumeurs sébacées.

Quand les comedones se forment dans des follicules juxtaposés,

(1) Op. cit. 1863, pl. XVI.

(2) MM. Addison et Gull rapportent (*Op. cit.*, vol. VII, p. 268) que dans le cas de John Sheriff, « la plupart des nodules ressemblaient assez au molluscum ordinaire; mais lorsqu'on les incisait avec une lancette, on trouvait qu'ils consistaient en un tissu ferme ne donnant, à la pression, issue à aucun liquide si ce n'est à du sang ».

Il y a en ce moment (juin 1866), à Guy's Hospital, une femme, âgée de vingt-neuf ans, atteinte de cette remarquable affection. C'est une malade du docteur Pavy; elle est sujette à la jaunisse depuis trois ans, et son foie est très-hypertrophié. Chez cette femme, les paumes des mains ont été envahies par la maladie, qui s'étend aussi à la paroi inférieure du talon et occupe la face plantaire des orteils. Dans tous ces points, non pourvus de glandes sébacées, l'affection revêt la forme du *Vitiligoidea plana;* tandis que sur la surface dorsale des doigts, sur la peau du pavillon de l'oreille et sur d'autres régions du corps, elle présente l'aspect du *V. tuberosa.* Autour des paupières, toutefois, où la peau renferme des glandes sébacées, il y a des plaques du *V. plana.*

Il semble, donc, évident que la maladie ne consiste pas toujours en une altération des glandes sébacées. Il se peut, toutefois, que les élevures sur les doigts et ailleurs proviennent, en partie, d'une accumulation du sebum. L'examen microscopique d'une de ces masses, enlevée du sujet vivant, ne permit pas de conclure qu'il en était ainsi. Lorsqu'on fit une incision à travers une de ces tumeurs, il fut impossible d'expulser aucune des masses jaunâtres qui se présentèrent à la vue. Elles étaient presque aussi dures que du cartilage et contenaient une bonne partie de tissu fibreux et une grande quantité de matière granuleuse très-analogue à celle que l'on rencontre dans l'athérome des artères (comme l'a suggéré le docteur Moxon). On ne trouva pas de cellules dans ces tumeurs, et l'examen le plus attentif ne permit pas de constater que les glandes sébacées exerçassent une action quelconque sur la production de la maladie.

On trouvera une description complète de ce cas dans les « Guy's Hospital Reports », 1866, série III, vol. XII.

Il peut être bon de mentionner que depuis la publication du mémoire d'Addison et de Gull, il est survenu un autre cas de ce genre à Guy's Hospital. Chez ce malade, également, le *Vitiligoidea* coïncidait avec la jaunisse. (*Note du traducteur anglais.*)

il se produit des altérations d'une nature bien différente de celles que j'ai décrites jusqu'à présent. Dans ces circonstances, si les canaux excréteurs sont bouchés et que la sécrétion du sebum continue à se faire, les glandes augmentent toujours de volume jusqu'à ce qu'elles se trouvent en contact et se confondent en une seule masse que l'on peut, en réalité, considérer comme un *comedo* gigantesque. Ces corps ont parfois une grande ressemblance avec les verrues ordinaires produites par l'hypertrophie des papilles, d'autant plus qu'ils acquièrent avec le temps une coloration plus foncée, et deviennent graduellement plus durs qu'au début de leur formation.

Je dois mentionner aussi une autre forme particulière de cette affection, due également à l'agglomération du sebum dans une glande (ou dans plusieurs glandes qui se sont réunies), mais différant de la précédente, en ce qu'elle ne ressemble pas à une verrue, parce que les comedones dont elle provient ne viennent pas tous faire saillie à la surface de l'épiderme. Dans la maladie dont je parle en ce moment, le comedo qui occupe le centre de l'agglomération est seul visible à l'extérieur ; les autres sont recouverts par l'épiderme et forment simplement des élevures au-dessus du niveau de la peau. Cette affection ressemble, jusqu'à un certain point, à une pustule variolique. Elle porte au centre une petite dépression qui est comparable à un ombilic, et l'on peut remarquer qu'elle contient un petit bouchon de sebum, d'une teinte blanche ou foncée. Cette petite cavité est entourée d'un rebord élevé recouvert d'un épiderme sain. Si l'on exerce une pression sur les côtés d'une de ces petites tumeurs, le comedo central est projeté en avant et toute la masse est débarrassée de son contenu.

Déjà en 1842 et 1844, j'ai parlé de cette affection, tant dans mes leçons que dans mes rapports annuels sur la dermatologie ; et à cette époque j'appelai l'attention des observateurs sur ce fait qu'on a rencontré cette altération surtout chez des individus affectés de prurigo. Plus tard le docteur Ribbentrop (1), de Berlin, a décrit la même maladie sous le nom de *Comedonenscheiben*, et a expliqué les diverses formes qu'elle revêt en les attribuant à des différences dans la composition du sébum, qui serait parfois dur et contiendrait une grande quantité de stéarine et de sels calcaires, tandis que dans d'autres circonstances, il renferme moins de ces principes constituants et par conséquent, est plus mou.

(1) « Entwickelungsgeschichte der Comedonen und Atherome » ; « Rust's Magazin », B. XIV, 1845.

Molluscum contagiosum.

C'est une maladie cutanée, dépendant de conditions semblables à celles dont relèvent les affections que je viens de décrire.

« Cette singulière éruption » dit Bateman (1), « n'avait pas été indiquée par le docteur Willan, et m'était inconnue, à moi-même, jusqu'après la publication de deux éditions de mon Synopsis. »

Le mot *Molluscum*, en effet, avait été antérieurement appliqué par Willan à une affection accompagnée de la formation de tubercules solides, mobiles, peu sensibles, et donnant une sensation d'élasticité au toucher. Mais dans le *Molluscum contagiosum* de Bateman, les tubercules contiennent un liquide laiteux qui, à la plus légère pression exercée sur les côtés de la tumeur, s'échappe facilement à travers un orifice presque imperceptible auparavant et situé à son sommet.

Or, il est parfaitement exact que des tumeurs ayant la même couleur que le reste de la peau, pédiculées ou sessiles, variant en dimension depuis la grosseur d'un pois jusqu'au volume de la tête d'un enfant, peuvent se rencontrer assez fréquemment sur la surface cutanée. Il est certain aussi que le contenu de ces tumeurs est, dans quelques cas, solide et formé de tissu aréolaire ; tandis que dans d'autres circonstances, il consiste en sébum, qui, surtout s'il est liquide, peut être exprimé sur la surface de la peau à travers un orifice folliculeux encore perméable.

Si cette affection doit être appelée *Molluscum*, nous pouvons en distinguer deux variétés, en donnant à l'une le nom de *Molluscum fibrosum*, ou (d'après l'exemple de Virchow (2)) de *Fibroma molluscum*, et à l'autre celui de *Molluscum sebaceum* s. *contagiosum* (3).

Mais, en ce moment, nous n'avons à nous occuper que de la dernière de ces deux formes ; car les maladies cutanées auxquelles les noms de *Molluscum non-contagiosum*, *M. pendulum* étaient anciennement donnés, se rattachent à un autre chapitre dans mon système de classification. On peut en dire autant de l'affection appelée Mycosis par Alibert, et aussi de l'observation qui nous a été transmise du siècle dernier, par Tilesius et Ludwig (4).

(1) « Delineations of Cutaneous Diseases, etc. ». 1817.
(2) « Die krankhaften Geschwülste », 13te Vorlesung, p. 327 ; Berlin, 1863.
(3) *Ibid.*, 11te Vorlesung, p. 222.
(4) « Hist. Pathologica singularis cutis turpitudinis J. G. Rheinhardi, gezeichnet und mitgetheilt von Tilesius, mit einer Vorrede, von Prof. C. F. Ludwig ». Leipzig, 1793.

Il est probable que le mot *Molluscum* avait été communément employé autrefois pour désigner des tumeurs s'élevant au-dessus de la surface de la peau et ayant l'aspect verruqueux. Car Plenck (1) a donné à une de ces espèces de verrues le nom de *Verruca carnea* s. *mollusca*, et a décrit cette affection dans les termes suivants : « *Est tuberculum molle, sensile, cuti concolor vel rubens, sæpe pilosum ; in naso et facie ut plurimum invenitur. Videtur admodum magna cutanea glandula quasi esse.* »

Aucun observateur, toutefois, n'a fait autant pour répandre la connaissance du *Molluscum contagiosum* parmi les médecins que Bateman, qui appliqua le premier ce nom à la maladie, et qui l'a décrite et figurée dans sa continuation de l'ouvrage de Willan.

D'après la définition donnée par cet observateur, cette altération diffère de l'autre espèce de molluscum principalement en ce qu'elle est transmissible à d'autres personnes : le liquide laiteux contenu dans les plus gros tubercules étant l'intermédiaire par lequel la contagion se propage.

Des auteurs plus modernes, toutefois, ne paraissent pas d'accord relativement à la nature contagieuse de cette affection ; et probablement la divergence de leurs opinions est due à ce fait qu'ils n'ont pas tous eu les mêmes occasions favorables pour observer des cas de molluscum.

Carswell et Thompson, par exemple, rapportent qu'un garçon affecté de cette maladie l'avait communiquée à un camarade de collége, qui la transmit à son frère, enfant à la mamelle, et par son entremise à sa mère. Toutefois, ces observateurs n'indiquent aucun détail pouvant nous mettre à même de déterminer si la maladie, dans ces cas, était réellement celle décrite par Bateman ou était d'une nature différente.

Alibert réunit diverses affections cutanées, les unes syphilitiques, les autres non syphilitiques, mais toutes accompagnées de la formation de tumeurs fongueuses, et il les mélange pêle-mêle dans un seul genre, qu'il désigne sous le nom de *Mycosis*. Il cite le cas de Carswell comme un exemple de ces *Mycosis fungoïdes*.

Les auteurs français qui ont traité le plus récemment ce sujet semblent aussi n'avoir qu'une connaissance imparfaite de la maladie dont nous nous occupons. Ainsi, Biett dit que le *Molluscum contagiosum* est une affection très-rare qui, au moment où il écrivait, n'avait pas encore été observée en France. De plus, Cazenave et Schedel, Gibert et

(1) « Doctr. de morbis cutaneis », ed. 2da aucta. Viennæ, 1783, p. 97.

Duchesne-Duparc ne font que des allusions sans importance à cette affection, et aucun de ces dermatologistes ne nous en donne une description détaillée.

Rayer, il est vrai, fait une exception honorable à cette règle; car cet auteur non-seulement décrit dans leur ordre régulier toutes les différentes altérations produites par la rétention du sebum et la dilatation des glandes sébacées, mais il montre une connaissance exacte du *Molluscum contagiosum* de Bateman.

Quelques auteurs allemands (notamment Franke, Riecke, Fuchs, Simon et von Bärensprung) font mention de cette affection en décrivant les verrues, les comedones, ou les tumeurs enkystées. Ils n'en donnent pourtant qu'une description imparfaite, et l'on doit, en conséquence, conclure qu'ils n'ont pu en observer que de rares exemples.

En 1845, j'ai eu, avec Rokitansky et Engel, occasion d'examiner un petit nombre d'individus atteints de *Molluscum contagiosum.* Je dirai plus tard les conclusions auxquelles je suis arrivé relativement à cette maladie.

La monographie sur le *Molluscum*, du docteur Jacobowich (Jacobovics) de Vienne, bien que publiée en français, est d'origine germanique et peut être rapportée à la bibliographie allemande. Cependant, parmi les planches ajoutées à ce traité, quelques-unes représentent le milium et les comedones, d'autres des téléangiectases, d'autres même des affections maculeuses. En effet, le seul fait de molluscum relaté dans ce livre est un cas de Tilesius, qui est un exemple de *M. non-contagiosum*, et que Jacobowich décrit dans un style plus approprié à des lecteurs étrangers à la profession qu'à des médecins.

Par conséquent, ce traité, cité dans presque tous les ouvrages de dermatologie, est loin de posséder la valeur scientifique qui le rendrait digne d'une attention aussi générale. Le docteur Jacobowich, en effet, ne s'est jamais consacré à cette branche spéciale de la pratique médicale; et son but, en publiant une monographie sur le molluscum, était de faire connaître en Allemagne une maladie qui, jusqu'à cette époque, avait peu attiré l'attention dans ce pays.

Les ouvrages des auteurs anglais composent la plus grande partie de la littérature du *Molluscum.* Plumbe, en effet, ne l'indique pas, mais Jon. Green, A. T. Thomson, Er. Wilson, Jones, Patterson, Henderson, Carswell, Tilbury Fox et Hillier peuvent être cités comme ayant donné une description complète de cette affection, soit dans

leurs traités, soit par la publication dans les journaux de médecine d'observations de cette maladie, accompagnées du résultat de leurs recherches sur cette question. Parmi les auteurs que j'ai nommés, il existe une conformité générale de vues relativement à la plupart des caractères de cette affection, et notamment au sujet de sa forme et de son siége. Ils ne diffèrent que sur un seul point, car quelques-uns admettent, et d'autres rejettent sa nature contagieuse. Cette dernière opinion est la mienne (1).

Ayant épuisé le côté bibliographique, je passe à la définition du mot *Molluscum contagiosum*. Cette expression est synonyme de « *tumeurs folliculeuses* » de Rayer (2). Il est appliqué de nos jours à une maladie consistant dans la formation de tumeurs, variables en grosseur, depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui du poing d'un homme, pédonculées ou sessiles, ayant la couleur de la peau ou légèrement teintées par un dépôt de pigment. Ces tumeurs renferment dans leur intérieur une matière blanchâtre, dure ou molle, et constituant même parfois un liquide laiteux, mais qu'on pourra, quelle que soit son apparence, toujours reconnaître comme formée essentiellement par la sécrétion sébacée. En exerçant une pression sur ces tumeurs, on parvient généralement à chasser au dehors leur contenu.

Dans la plupart des cas, cette affection se développe très-lentement et fait quelquefois son apparition sur des endroits où l'on avait

(1) Dans la planche IX de l'« Atlas of Portraits of Skin Diseases », publié par le *New Sydenham Society*, on trouve le dessin de la figure d'un enfant atteint de cette maladie; la même planche contient aussi celui du sein de la mère de l'enfant qui était encore en nourrice. Autour du mamelon, il existe plusieurs petites tumeurs, exactement semblables à celles de la face de l'enfant. Cet exemple de transmission apparente de cette affection d'une personne à une autre était dans l'observation de M. J. Hutchinson, qui me dit avoir vu plusieurs fois le même phénomène. Je crois que dans la plupart, sinon dans la totalité des cas où l'on a pu supposer que la communication de la maladie avait eu lieu, l'individu primitivement affecté a été un enfant; et bon nombre d'observateurs anglais ne considèrent certainement pas comme contagieuse cette forme de molluscum dans laquelle de nombreuses tumeurs péciculées ou sessiles apparaissent sur la surface du corps de personnes d'un âge avancé. Il importe donc de remarquer que le professeur Zeissl (qui a écrit le chapitre sur « les maladies des organes glandulaires », dans l'édition allemande de l'ouvrage du professeur Hebra), mentionne incidemment qu'il n'a jamais vu cette maladie chez les enfants. Zeissl nie aussi la contagiosité du molluscum, et constate que « lui-même, professeur Hebra, et plusieurs de ses assistants, se sont fréquemment frotté la peau en différents endroits avec le contenu de plusieurs mollusca, sans aucun résultat ». Si, pourtant, les mollusca, dans ces circonstances, étaient simplement des tumeurs sessiles ou pédonculées des adultes, les résultats négatifs de ces expériences pourraient difficilement être considérés comme ayant résolu la question.

(*Note du traducteur anglais.*)

(2) « Traité théorique et pratique des maladies de la peau ». Paris, 1835, t. III, p. 716.

antérieurement observé un comedo (ou une glande sébacée oblitérée). Elle ne donne lieu à aucune douleur ni à aucune démangeaison.

Dans quelques cas, ces tumeurs ressemblent, à leur début, aux verrues sébacées (Comedonenscheiben) dont j'ai déjà parlé ; mais dans d'autres circonstances, elles ont d'abord l'aspect de vésicules. Le plus souvent, leur volume ne dépasse pas celui d'un pois, et il est rare de les voir acquérir la dimension du poing d'un homme. Les plus grosses sont presque toujours pédonculées, tandis que les petites sont invariablement sessiles.

Quand une de ces tumeurs est débarrassée de son contenu, soit par accident, soit intentionnellement, la glande dilatée se rétrécit parfois jusqu'à reprendre immédiatement sa dimension primitive, et l'affection peut être considérée alors comme guérie, sans que les parois kystiques elles-mêmes aient été arrachées. Mais dans d'autres cas, après l'enlèvement de la matière contenue dans la tumeur, on voit une aréole inflammatoire rouge apparaître autour du kyste, qui devient en même temps plus ou moins douloureux. Il survient une réaction inflammatoire analogue à celle qui se produit habituellement autour d'un comedo. Les plus petites comme les plus grosses de ces tumeurs sont sujettes à être ainsi affectées, et, comme conséquence de cette inflammation, toute leur substance peut être détruite et éliminée.

Même lorsque ces tumeurs sont très-nombreuses, leur présence n'altère nullement la santé du malade. De plus, elles n'ont aucune tendance à s'ulcérer ou à s'indurer. On peut donc dire que cette affection est, *sensu strictissimo*, une maladie cutanée.

Quant à la *cause* du molluscum, aucune explication satisfaisante n'a encore été donnée, pas plus par les anciens dermatologistes que par ceux de nos jours. Car je ne puis considérer comme telle celle de Hartmann, d'après lequel cette maladie résulterait d'un *nisus excrescendi*, ni me contenter des assertions de Rayer et d'autres prétendant qu'elle est héréditaire ou déterminée par une pression continue et « autres conditions ». Dans les cas que j'ai observés, il était impossible de constater qu'aucune des circonstances mentionnées par Rayer eût eu une part quelconque dans la production de ces tumeurs. Je préfère donc, pour mon compte, avouer mon ignorance relativement au mode d'origine du molluscum, ainsi que du milium, du grutum, et des verrues sébacées.

Cependant je devrais, peut-être, signaler comme cause *prédisposante* du molluscum la présence d'autres maladies cutanées, et particu-

lièrement du *prurigo*. Chez des personnes atteintes de cette dernière affection, j'ai souvent vu entre les papules prurigineuses des tubercules remplis de sebum, dont quelques-uns étaient peu volumineux, mais dont les autres avaient la grosseur d'une lentille.

Tout praticien qui donne ses soins à un malade atteint d'un nombre considérable de ces petites tumeurs, se convaincra bientôt que la méthode de traitement la plus simple est en même temps la meilleure. Ainsi, il m'a été facile de les enlever avec des ciseaux, le couteau ou la ligature, ou de les détruire par l'application d'acides concentrés ou d'alcalis caustiques. Mais aucun mode de guérison n'est plus heureux et plus rapide que la simple évacuation de leur contenu opérée en exerçant avec les doigts une pression sur les côtés de ces tumeurs. Que la matière fût liquide ou solide, j'ai toujours constaté, après son expulsion complète, une hémorrhagie assez abondante et assez continue qu'il était facile, toutefois, d'arrêter à l'aide d'une simple application de charpie. Bientôt après, dans l'espace de quelques jours au plus tard, le kyste devenu vide s'enfonce dans la substance de la peau ; et le malade est généralement guéri de son affection sans qu'aucune suppuration ait eu lieu. Il ne reste une petite cicatrice plate qu'après la chute des croûtes, formées de sang desséché.

C'est seulement lorsque les tumeurs ont un volume considérable qu'il peut être nécessaire de les enlever ou d'y pratiquer une incision, et d'évacuer ainsi leur contenu. Pour les plus petites, le procédé que j'ai indiqué sera toujours suffisant.

Cette maladie est moins exposée à se reproduire sur des parties antérieurement affectées que sur des endroits restés indemnes jusque-là.

II. — Affections dans lesquelles la quantité de sécrétion sébacée est diminuée.

On reconnaît cet état à ce que la peau, insuffisamment lubrifiée, devient sèche, plissée, rude et sujette à se fendiller. En outre, dans quelques cas, la surface cutanée est recouverte d'écailles petites, blanches, analogues à du son, constituant, par le fait, l'affection connue sous le nom de *pityriasis*.

La diminution dans la formation du sebum peut être locale ou générale.

Comme maladie locale, elle apparaît principalement sur les mains et résulte en général du frottement ou du choc de quelque agent qui enlève de l'épiderme la matière par laquelle il est naturellement

lubrifié. Alors ses diverses couches étant privées de la substance qui devrait les relier, s'exfolient prématurément. Dans ces cas, aussi, l'absence d'un corps gras rend la peau friable, au point qu'elle ne peut céder quand elle est tendue par les mouvements musculaires, et par conséquent elle se gerce et se fend (Rhagades). La surface des doigts, dans le sens de l'extension, est particulièrement sujette à être ainsi affectée.

Cet état se voit souvent chez les servantes, les blanchisseuses et les personnes occupées à faire bouillir du savon. Willan le nomma inexactement le « *Psoriasis des blanchisseuses* » (*Ps. lotricum*). Il serait préférable de le désigner simplement comme une *rudesse de la peau,* ou de l'appeler *Asperitudo epidermidis ;* si l'on désire employer un nom qui n'est pas nouveau, on peut lui donner celui de *Pityriasis simplex localis.*

Un manque complet de la sécrétion sébacée s'observe dans le *Marasmus senilis*, et comme accompagnement de certaines maladies affectant les tissus profonds de la peau. Ainsi, on le rencontre dans le *prurigo*, l'*ichthyose* et le *lichen ruber.*

Pronostic. — Quand il résulte de la présence d'une de ces affections, cet état ne permet aucun espoir de guérison complète. D'un autre côté, si la maladie provient de l'action de substances alcalines, on la guérit en supprimant la cause qui l'a occasionnée ; tandis que si on laisse persister l'effet de ces agents, il survient souvent un eczéma sur les points où l'épiderme est rude. J'ajoute, en outre, que cette condition est extrêmement pénible pour le malade, bien que ce ne soit pas là une affection très-sérieuse.

Diagnostic. — La friabilité et la desquamation de l'épiderme (*Pityriasis simplex*), qui tiennent, dans ces cas, à la lubrifaction incomplète de la peau, peuvent être confondues avec les effets d'un eczéma chronique en voie de guérison, dans la période qui a reçu le nom de *Pityriasis rubra*. Mais, dans cette affection, les endroits où la desquamation s'opère sont plus ou moins épaissis et rougis par suite d'une inflammation antérieure. En outre, on peut généralement découvrir des vésicules, encore intactes ou déjà desséchées, sur un point quelconque de la région cutanée affectée par la maladie.

Traitement. — Dans la variété de cette altération due à un âge avancé, ou à la présence de quelque autre dermatose, tout ce que l'on peut faire, c'est de provoquer, par des moyens artificiels, une lubrifaction plus complète de la peau. Or, nous ne connaissons aucun médicament qui agisse en stimulant la sécrétion sébacée de la même manière

que les diaphorétiques le font sur la transpiration. En effet, le défaut de sécrétion du sébum, ou sa suppression totale, paraissent tenir dans ces cas à la destruction des glandes. D'où il suit que le traitement dans ces conditions doit consister seulement dans l'application de substances douces et huileuses, d'origine animale ou végétale, sur les parties affectées, ou même sur toute l'étendue de la surface cutanée. Dans ce but, l'*Ol. morrhuæ* convient particulièrement ; mais si son odeur désagréable est un obstacle à son usage, on peut employer à sa place de l'axonge fraîche, du beurre, de l'huile d'amandes douces ou de l'huile de noix de coco. Tous les corps gras, quand ils sont exposés pendant quelque temps à l'air sur la surface du corps, deviennent rances et fétides, et exercent alors une action irritante sur la peau. Aussi, si les régions envahies sont de peu d'étendue, il faut avoir soin de les laver chaque jour avec de l'eau tiède avant de les frictionner avec de l'huile ; et lorsqu'il devient nécessaire de lubrifier toute la surface cutanée, on fait prendre au malade un bain tiède général au moins tous les deux jours.

Quand cet état résulte de l'action de substances alcalines, il est essentiel de prescrire au début des lotions froides, si la partie est très-congestionnée et l'épiderme partiellement détruit. Plus tard, cependant, lorsque la rougeur a disparu et que la desquamation a commencé, on peut, même dans ces cas, avoir recours aux applications huileuses.

CHAPITRE VII

IVe CLASSE. — EXSUDATIONS CUTANÉES.

Maladies de la peau causées par des processus exsudatifs.

Bien que, dans les cas individuels, il soit difficile ou même impossible de tirer une ligne de démarcation indiquant où commencent les phénomènes exsudatifs affectant la peau et où finissent ceux de l'hypérémie, on peut cependant exposer approximativement et d'une manière générale les caractères qui annoncent la présence de produits inflammatoires dans les tissus cutanés. Ainsi, il ne peut y avoir aucun doute sur

la nature de tout cas dans lequel existent des vésicules, des bulles ou des pustules produites par l'accumulation d'un liquide séreux ou purulent sous l'épiderme. En outre, un épaississement considérable de la substance de la peau susceptible d'être vu et mesuré, une tuméfaction de sa structure telle qu'on l'observe dans l'œdème, l'érysipèle et les furoncles, donnent la preuve que les tissus cutanés sont infiltrés de matières sécrétées par le sang, en d'autres termes, de *produits inflammatoires.*

Par suite de leur analogie avec les affections dont je viens de parler, surtout avec les furoncles, il est facile de montrer que d'autres phénomènes encore, comprenant les tumeurs cutanées (Knollen), les tubercules, papules, élevures, stigmates (Stippen), doivent, pour la plupart, leur origine à des processus analogues.

Dans certains cas, cependant, il n'existe aucuns produits inflammatoires liquides, ni de tuméfaction de la peau dus à la présence de matières infiltrées; d'un autre côté, on n'aperçoit pas trace non plus d'efflorescence circonscrite. Il devient alors excessivement difficile de constater la présence d'un processus exsudatif. Afin d'arriver à une conclusion exacte, il faut examiner si, à un degré quelconque, la peau est rouge ou si elle contient du pigment, s'il existe une desquamation de l'épiderme qui, étant développée d'une façon anormale sous l'influence de l'exsudation inflammatoire, est, dans quelques-uns de ces cas, continuellement éliminée. Car, les hypérémies proprement dites ne présentent pas ces phénomènes de pigmentation et de desquamation.

Maintenant, ainsi que les affections inflammatoires constituent la plus grande partie des maladies auxquelles sont sujets les organes du corps humain, il en est de même pour les affections cutanées. La plus grande partie des dermatoses, en effet, proviennent de processus exsudatifs.

Les affections de la peau appartenant à cette classe sont, en conséquence, si nombreuses, qu'il est nécessaire de les diviser de quelque façon, si l'on veut en avoir une idée générale. Comme base de la classification des dermatoses exsudatives, j'ai adopté la *marche* de ces maladies, ce qui me permet de séparer un nombre considérable d'entre elles d'un autre groupe non moins important. Certaines de ces affections, en effet, se terminent dans un laps de temps très-court; leur durée est définie et peut être prédite dès le début; les symptômes qu'elles présentent à l'observation sont en quelque sorte limités. Mais, dans d'autres cas, le développement et l'évolution de l'éruption se produisent beaucoup moins rapidement et elles ont une durée infiniment plus longue par le fait de leurs récidives.

Adoptant l'expression usuelle, j'appellerai aiguës les maladies du premier groupe et chroniques celles du second ; je diviserai, par le fait, les affections de la peau causées par des processus inflammatoires en deux classes, en *aiguës* et en *chroniques*.

Ces deux groupes peuvent ultérieurement être subdivisés de différentes manières : suivant leur cause, en contagieux et non contagieux, idiopathiques et symptomatiques, protopathiques et deutéropathiques, et autres semblables ; ou bien encore selon la forme externe qu'ils présentent, en papuleux, vésiculeux, pustuleux, tuberculeux et en dermatoses exsudatives squameuses.

I. — Dermatoses exsudatives dont la marche est aigue.

Les affections qui appartiennent à cette catégorie peuvent être immédiatement partagées en deux groupes, par le fait que quelques-unes d'entre elles sont invariablement déterminées par contagion et qu'elles engendrent elles-mêmes un principe infectieux, tandis que d'autres ne doivent pas leur origine à la contagion et ne la développent pas pendant leur évolution.

A. Dermatoses *contagieuses*, aiguës, exsudatives.

Les maladies de la peau que nous allons décrire maintenant se ressemblent tellement entre elles par leurs symptômes, leur mode de développement et de rétrogression, leur tendance à suivre une marche typique et les troubles sympathiques qu'elles occasionnent dans tout l'organisme, qu'elles ont été regardées par la plupart des auteurs (entre autres par Alibert, Fuchs, Dietl, Upmann, etc.) comme formant une famille pathologique distincte.

Je ne partage pas l'opinion que les maladies en général puissent être classées en familles naturelles, comme les minéraux, les plantes, les animaux et autres spécimens. Je dois cependant admettre que, sous bien des rapports, il y a une uniformité frappante dans les symptômes qui caratérisent les affections de la peau exsudatives, contagieuses, aiguës, et que, à première vue, on est tenté de les considérer comme ayant entre elles les mêmes relations que les espèces formant une famille générale. Mais d'après les opinions acceptées aujourd'hui sur la nature des conditions pathologiques, il faut abandonner tout à fait l'ontologie et considérer les maladies comme n'ayant aucune existence *sui generis*, et consistant non pas en êtres individuels, mais en modifications des produits naturels, différentes selon les divers individus. Le

principe du système naturel ne peut donc pas être appliqué avec plus de justesse à la classification des dermatoses qu'à celle des autres maladies.

Je suis encore forcé d'adopter l'idée fondamentale du système naturel pour la classification des affections de la peau et particulièrement des exanthèmes ; c'est de tous les systèmes le plus propre à la compréhension facile de ces maladies et celui qui répond le plus complétement aux besoins pratiques du maître et de l'élève. Dans aucune classe d'affections, en effet, on ne s'en aperçoit d'une façon plus évidente que dans celles que je vais actuellement décrire et que j'ai réunies sous le nom d'*exanthèmes par excellence*. On a essayé, autrefois et tout récemment encore, de donner à ce terme une signification plus générale et de l'appliquer aux maladies chroniques comme à celles ayant une marche aiguë. Je suis, toutefois, d'avis qu'il est préférable de réserver au groupe d'affections dont nous nous occupons en ce moment un nom qui puisse être commun à toutes, et, dans ce but, je ne trouve pas d'expression mieux appropriée que celle d'*exanthème*. J'entends, alors, par un exanthème : *une maladie qui attaque l'organisme tout entier, est accompagnée de symptômes fébriles, présente certains phénomènes définis sur la surface cutanée, développe un principe contagieux, et, enfin, suit une marche aiguë, dont on peut d'avance prévoir la durée.*

La nature ordinaire des exanthèmes se traduit par les circonstances suivantes :

1° Ils sont tous précédés de troubles fébriles généraux dont la durée varie de quelques heures à plusieurs jours, suivant l'intensité du processus morbide et les particularités propres à chaque malade.

2° Les phénomènes présentés par la peau se développent habituellement dans un ordre régulier et en périodes dont il est possible de préciser et de prédire la durée.

3° Le temps pendant lequel l'éruption reste visible et celui de son évolution sont tous les deux définis et parfaitement connus.

4° Dans toutes ces maladies, la sympathie de l'organisme entier se manifeste par des symptômes de différentes espèces, pendant l'existence de l'éruption et après sa disparition.

5° Enfin, chacune de ces affections, en règle générale, ne survient chez la même personne qu'une seule fois pendant le cours de sa vie.

On a eu pendant longtemps l'habitude de diviser en périodes définies la marche régulière que suivent, comme je l'ai déjà dit, les exanthèmes; mais les auteurs ont établi le nombre de ces périodes d'une manière arbitraire : quelques-uns se bornant à en mentionner deux,

d'autres en reconnaissant jusqu'à onze. Dans ma pensée, la seule base vraie pour la détermination de ces périodes (ou phases, comme on les appelle) est une observation exacte de la marche de chaque maladie; et il me semble qu'en admettant quatre périodes je répondrai amplement à tous les besoins.

Ainsi, j'emploie le terme de *stadium prodromorum* pour indiquer le temps compris entre le commencement de la maladie et la première apparition évidente de l'éruption. Pendant cette phase, les symptômes sont principalement ceux appelés « fébriles » ; mais il se produit aussi communément des désordres plus ou moins grands sur les membranes muqueuses et dans le système nerveux.

Vient ensuite le *stadium eruptionis*, pendant lequel l'efflorescence se développe. Les caractères qu'il présente tout d'abord ne permettent pas de porter un diagnostic; car, comme on le sait, la rougeole, la scarlatine et la variole se ressemblent beaucoup à leur début. Cette seconde phase, en effet, se continue jusqu'à l'apparition des caractères particuliers à l'un ou l'autre des exanthèmes; et aussitôt que l'on peut donner à la maladie son nom approprié, le *stadium eruptionis* finit et la troisième période, le *stadium floritionis*, commence.

Cette troisième phase embrasse tout le temps que l'éruption met à atteindre son apogée; aussi elle a une durée différente dans chaque exanthème et varie également suivant les cas individuels. Ainsi, dans les formes bénignes de la rougeole ou de la varicelle, cette période peut n'avoir qu'une très-courte durée; tandis qu'elle persiste plusieurs jours et même des semaines dans les variétés les plus graves de la scarlatine et de la petite vérole.

La quatrième période, le *stadium exsiccationis, desquamationis* seu *decrustationis*, commence au moment où les phénomènes morbides particuliers à l'exanthème tendent à disparaître : dans la rougeole et dans la scarlatine c'est lorsque la rougeur s'efface; dans la petite vérole, quand les pustules commencent à sécher. Toutefois, comme les changements morbides de la peau dus au processus exanthématique varient beaucoup suivant les différents exanthèmes et même dans chaque cas (selon l'étendue et la gravité de la maladie), cette période a également une durée incertaine, et par le fait on ne doit la considérer comme terminée que lorsque la santé est tout à fait rétablie.

Il me paraît superflu d'établir un *Stadium finis* seu *reconvalescentiæ*, ou un *Stadium acmes*. La dernière période que nous venons de mentionner, pendant laquelle l'éruption est à son apogée, a été admise par la plupart des observateurs; mais ses limites sont en quelque sorte arbi-

traircs et sa constatation n'entraîne aucun avantage pratique. Il me semble également inutile de donner une description détaillée de la période d'*incubation* ou *latente,* c'est-à-dire de l'intervalle de temps compris entre le moment de l'infection et le commencement du *stadium prodromorum,* par la simple raison que, pendant cette période, il n'y a aucun symptôme pouvant révéler la présence de la maladie.

D'un autre côté, je crois utile, pour le maître comme pour l'élève, de distinguer, dans chacune des quatre périodes que j'ai nommées, les symptômes résultant de l'état fébrile de l'organisme de ceux dus aux complications de certains organes ou systèmes, ainsi que les altérations morbides offertes par la peau. Nous établirons donc pour chaque phase de la maladie trois groupes différents de symptômes : les *fébriles,* les *concomitants* et les *exanthématiques.*

Il y a encore une subdivision des exanthèmes qui, sans être indispensable, ne peut pas être complétement omise. Car, tandis que dans la scarlatine et la rougeole il existe une simple rougeur de la peau avec de petites papules ou (dans des cas exceptionnels) des vésicules, et ont été appelées pour cela les *exanthemata glabra* (Hildebrand), la variole et la vaccine sont caractérisées par le développement simultané de vésicules et de pustules, ce qui leur a fait donner, en conséquence, le nom d'*exanthemata scabra.*

B. Dermatoses aiguës, exsudatives, mais *non contagieuses.*

Les changements morbides de la peau que je réunis sous cette dénomination présentent en général les caractères suivants :

1° La marche de ces maladies est aiguë, elles sont de courte durée, bien que dans certains cas exceptionnels elles puissent être prolongées par le fait des rechutes.

2° Les différents symptômes se succèdent les uns aux autres dans un ordre régulier; en d'autres termes, chacune de ces affections a une marche définie typique.

3° Il ne se développe aucun principe contagieux pendant leur évolution, quoiqu'elles puissent, dans certaines circonstances (comme, par exemple, dans la *morve*), être occasionnées par la transmission d'un poison d'un animal à l'homme.

D'après leur aspect extérieur, on peut diviser ces maladies de la manière suivante :

a. Quelques-unes d'entre elles n'amènent que la formation de macules rouges, de tubercules ou d'élevures. Ce n'est qu'exceptionnellement que ces affections, à un moment quelconque de leur existence,

donnent naissance à d'autres formes d'efflorescences, bien que nous en ayons un exemple dans l'*Urticaria bullosa.*

b. Dans quelques-unes d'entre elles, le caractère inflammatoire est particulièrement prédominant. Les distinctions entre ces maladies sont basées, soit sur leurs causes seules, soit sur l'étendue que l'éruption occupe sur les téguments, ou, d'autre part, suivant qu'elles sont limitées à quelques points particuliers ou qu'elles affectent seulement certaines couches de l'enveloppe tégumentaire.

c. Dans ce groupe, nous comprenons aussi les maladies de la peau caractérisées par le développement d'une exsudation séreuse sous l'épiderme, de manière à former des vésicules ou des bulles.

Ainsi donc, les affections cutanées que je range parmi les *dermatoses non contagieuses, aiguës, exsudatives,* sont divisées en trois groupes :

1° Les *Erythèmes polymorphes* (polymorphe Erytheme).

2° Les *Dermatitides.*

3° Les *Phlyctœnoses.*

1° Les Érythèmes polymorphes.

On sait que les termes *d'érythème* et de *roséole* ont été employés par Willan pour indiquer certaines dermatoses caractérisées par la rougeur de la surface cutanée, et que cet écrivain n'a pas pris en considération la question de savoir si l'éruption, dans une maladie particulière, est causée par une simple hypérémie passagère ou par une vascularisation plus ou moins persistante de la partie affectée, accompagnée d'exsudation dans le tissu de la peau. Mais on a démontré par l'observation clinique que quelques-uns de ces phénomènes sont en réalité transitoires et simplement déterminés par une légère injection vasculaire. De telles éruptions fugitives, lorsqu'elles recouvrent une large portion du tégument, sont appelées *erythemata;* mais quand elles présentent des taches rouges, isolées, de la grosseur de l'ongle, on leur a donné le nom de *roseola.* Dans les deux cas, cependant, il faut les regarder comme des symptômes et non comme des maladies indépendantes.

J'ai cru nécessaire de les séparer des autres érythèmes et roséoles qu'on doit considérer comme des affections distinctes, non-seulement à cause de leur durée plus longue, mais aussi parce qu'elles subissent des métamorphoses successives et sont accompagnées de divers symptômes qui montrent que l'organisme entier est envahi par la maladie ; et il me semble que quand j'emploie ainsi les noms d'érythème et de roséole pour désigner des affections qui ne sont pas de la même espèce, la faute en est moins à moi qu'à Willan, et autres qui ont, arbitraire-

ment et sans distinction, donné ces dénominations à différentes formes de maladie. Il m'eût été facile de créer de nouveaux noms pour ces affections; mais, ayant déjà fait remarquer qu'en dermatologie le vocabulaire est aujourd'hui presque trop riche et qu'il y a, par le fait, moins de dermatoses que de noms pour les désigner, j'ai cru bien faire de conserver les anciennes appellations. Toutefois, en parlant des formes d'*érythème* et de *roséole* dues à un processus exsudatif, j'ajouterai à chacune d'elles l'épithète « exsudative », pour distinguer ces affections de celles dont j'ai déjà parlé (1). La troisième maladie, l'*urticaire*, comprise dans le même groupe n'aura pas besoin, bien entendu, d'une pareille qualification.

Voici la description générale des érythèmes polymorphes. L'éruption qu'on observe dans ces maladies consiste soit en macules rouges, pour la plupart distinctes, soit en papules élevées et incolores, en tubercules, en élevures ou bien encore en larges plaques saillantes formées par leur agglomération. Ces éruptions ne sont jamais de longue durée. Très-souvent elles ne subissent aucun autre changement, disparaissant sans occasionner de desquamation ou de dépôt pigmentaire; mais, dans certains cas, elles persistent un peu plus longtemps, se répandent sur la surface de la peau, présentent différents changements dans leur forme, et, dans ces circonstances, quand la rougeur a disparu, elles sont généralement suivies d'un des phénomènes indiqués ci-dessus. Il n'y a aucuns symptômes fébriles ou concomitants appartenant essentiellement à ces affections. Les cas dans lesquels on ne constate ni fièvre, ni troubles dans la santé générale du malade, sont aussi nombreux que ceux où l'on trouve des symptômes fébriles variés ou autres pendant la durée de l'éruption. Dans la classe des érythèmes polymorphes, je comprends les maladies suivantes :

1° *Érythème exsudatif.*
  a. Érythème exsudatif multiforme.
  b. Érythème noueux.
2° *Roséole exsudative.*
3° *Urticaire.*

2° Les dermatitides propres (2).

Sous le nom d'*inflammations de la peau,* dans le sens le plus strict du mot, je groupe ensemble un certain nombre de conditions morbides dans lesquelles les caractères ordinaires de l'inflammation existent

(1) Voyez pages 4, 50 et seq.
(2) Voyez p. 215 de l'édition allemande.

au plus haut degré. Ces caractères sont, comme on sait : rougeur, chaleur, tuméfaction et douleur (comprenant la démangeaison et une sensation de tension). La nutrition de la partie affectée est aussi altérée et, en conséquence, ses fonctions sont troublées. Les maladies auxquelles je fais maintenant allusion sont également accompagnées de tous les changements auxquels, dès le début, nous avons appliqué les noms de « résultats d'inflammation », « produits d'inflammation », et que l'on regardait autrefois comme la preuve principale de la présence d'un processus inflammatoire. Parmi ces changements, nous comprenons les exsudations (liquide ou solide), une tuméfaction (momentanée ou permanente), une suppuration de bonne ou de mauvaise nature, la gangrène, etc.

Je sais qu'il y a une grande divergence d'opinions parmi les auteurs relativement aux affections inflammatoires de la peau. Quelques-uns, en effet (comme, par exemple, P. Rayer), comprennent sous le titre d'inflammations presque toutes les maladies aiguës de la peau, inflammations qu'ils divisent en exanthématiques, simples et phlegmoneuses; d'autres, comme Fuchs, restreignent à d'étroites limites l'emploi du mot *dermatitis* et l'appliquent seulement à certains processus idiopathiques dans lesquels les symptômes d'inflammation existent au plus haut degré.

Je ne puis pas dire que je partage l'une ou l'autre de ces manières de voir. D'un autre côté, je ne considère pas les exanthèmes comme de simples affections inflammatoires, ni certainement comme des inflammations de la peau ; je crois qu'elles proviennent d'une action toxique affectant l'organisme tout entier. Cette action toxique peut accidentellement provoquer sur la peau des changements ressemblant à ceux dus à l'inflammation; mais, comme on le sait, elle ne détermine pas invariablement ces symptômes. En effet, ces maladies parcourent quelquefois toute leur évolution sous une forme assez grave, sans localisation sur le tégument, elles sont alors appelées *variola, morbilli, scarlatina sine exanthemate*. Ainsi, encore, les dermatoses que j'ai groupées sous le nom d'*érythèmes polymorphes* ne sont pas des inflammations de la peau dans le sens le plus rigoureux du mot, car la rougeur est presque le seul symptôme inflammatoire qu'elles présentent. Elles diffèrent également beaucoup des formes de dermatitis propres dont nous nous occupons maintenant, non-seulement par leur marche (car, en général, aucuns produits inflammatoires ne sont sécrétés dans ces affections), mais encore par la nature des changements morbides de la peau auxquels elles donnent naissance.

Malgré ces raisons pour distinguer les inflammations exanthématiques et érythémateuses de la peau des dermatitides propres, je suis cependant convaincu qu'on ne peut pas tirer une ligne de démarcation absolue entre elles, et, que dans la plupart des cas, il est difficile d'établir une concordance parfaite entre les faits et les divisions indiquées ci-dessus; nous en avons un exemple dans l'*Urticaria bullosa*. On peut se consoler par le fait que dans aucune des sciences naturelles il n'est possible d'adopter avec une rigueur parfaite un arrangement systématique. Il est beaucoup d'autres circonstances, comme, par exemple, dans la syphilis et la scrofule, où les affections morbides de la peau, bien qu'accompagnées de symptômes inflammatoires, ne sont pas classées cependant parmi les dermatitides.

Il nous reste à examiner l'autre opinion, dont j'ai cité Fuchs comme le représentant. Cet auteur ne veut pas même admettre le caractère inflammatoire de l'érysipèle, mais il s'efforce de prouver qu'il y a de grandes différences entre une simple inflammation de la peau (*phyma, dermatitis*) et l'érysipèle ou *furonculosis*. Je ne puis pas non plus adopter cette manière de voir, car je ne trouve pas dans les symptômes qui se manifestent dans ces maladies, les distinctions auxquelles Fuchs attache une si grande importance. Je crois, aussi, qu'il serait difficile de prouver que l'érysipèle, dans lequel la rougeur, la tuméfaction, la chaleur, etc. (par le fait tous les symptômes de l'inflammation), surviennent presque sous une forme typique, ne peut pas être une inflammation de la peau, parce que, dans l'opinion de cet écrivain, il est causé par une maladie des organes digestifs et particulièrement du foie. En effet, la suppuration, l'ulcération et la gangrène (les résultats de l'inflammation, comme on les appelle dans les anciens ouvrages de médecine et de chirurgie) se présentent rarement à l'observation du médecin sous une forme aussi prononcée que dans cette maladie, qui (même dans le sens de l'école naturelle historique) ne peut être regardée que comme une inflammation érysipélateuse de la peau. Il est également nécessaire de se rappeler que dans les dermatitides les produits morbides n'indiquent pas toujours leur origine assez clairement pour fournir une base suffisante de classification. Par exemple, la couleur jaune d'une exsudation n'est pas due à un mélange de matière bilieuse, comme le prétend l'école naturelle historique des pathologistes, conformément aux idées de Schönlein; ce phénomène tient en réalité simplement à la présence d'une petite quantité de la matière colorante du sang.

Par cette affirmation, je ne prétends pas, toutefois, soutenir que les inflammations de la peau soient dues seulement à des causes locales et

qu'on doit les regarder seulement comme des affections du tégument seul. Je sais, comme tout le monde, que ces maladies résultent quelquefois de blessures directes sur la peau, d'autres fois d'influences délétères provenant de poisons animaux, d'affections d'organes internes ou même de tout l'organisme. Nous sommes donc complétement fondés à diviser les dermatoses en idiopathiques et en symptomatiques. Mais néanmoins il ne faut pas oublier que, dans l'un et l'autre cas, les caractères de l'inflammation existent et que les phénomènes ne diffèrent pas suffisamment entre eux pour servir de base au diagnostic ou à une classification. J'adopte alors, pour ces raisons, les subdivisions anatomiques données par mon collègue Rokitansky (1), et je distingue les inflammations cutanées, d'après leur siége et leur évolution, en érythémateuse et en phlegmoneuse. De ces deux formes, la première affecte seulement les couches superficielles de la peau et principalement les papilles, tandis que la seconde envahit toute l'épaisseur du tégument aussi bien que le tissu connectif sous-cutané.

Ces variétés de dermatitis peuvent se distinguer les unes des autres aussi bien sur le cadavre que pendant la vie ; et par conséquent leur constatation comme formes distinctes de maladie est tout à fait en rapport avec les exigences de l'observation clinique.

Les symptômes de l'inflammation *érythémateuse* de la peau consistent en une coloration rose ou rouge sang, disparaissant sous la pression, et en une légère tuméfaction causée par une exsudation séreuse ou œdème. Dans cette affection, la tension de la peau est peu considérable, et il n'en résulte que peu ou pas de douleur ou de démangeaison. Sa marche est toujours aiguë et son principal caractère distinctif est de se terminer presque toujours par l'absorption des produits inflammatoires, suivie d'un dépôt de pigment ou d'une desquamation de l'épiderme. On voit rarement survenir des vésicules, des bulles ou des pustules dans cette forme de dermatitis ; il n'y a jamais de suppuration profonde accompagnée de perte de substance ou suivie de la formation de cicatrices.

D'un autre côté, dans les inflammations phlegmoneuses de la peau, la tuméfaction est plus considérable, et la rougeur plus intense, disparaissant rarement d'une manière complète sous la pression du doigt. Les parties enflammées de la peau sont aussi indurées à un degré extrême dans toute leur étendue; cela tient à l'infiltration du derme et des tissus sous-cutanés par une matière exsudative consistante qui

(1) « Lerbuch der pathologischen Anatomie », 3te umgearbeitete Auflage. Wien, 1855, Band II, p. 59.

détermine toujours une forte tension et une douleur aiguë. Les formes phlegmoneuses d'inflammation de la peau sont toujours accompagnées de suppuration de bonne ou de mauvaise nature ou d'eschares.

Il est inutile de dire que lorsqu'il s'agit d'un organe offrant une surface aussi grande que l'enveloppe tégumentaire, l'étendue qu'occupe l'affection inflammatoire devient un caractère important et doit nécessairement modifier les autres symptômes. Il faut donc appeler l'attention sur ce fait que les formes érythémateuse et phlegmoneuse d'inflammation peuvent quelquefois être *circonscrites* et limitées à un espace restreint, d'autres fois être *répandues* sur une vaste étendue de la peau; en les examinant à ce point de vue, on pourrait diviser ces affections en *Dermatitis circonscripta* et *D. diffusa.*

Rokitansky et moi nous nous sommes servis d'une troisième base pour la classification des inflammations cutanées, suivant *la nature de leur cause*, séparant par le fait les formes *idiopathiques* des formes *symptomatiques* de ces affections. Car dans la pratique, nous avons fréquemment occasion de distinguer les variétés de dermatitis produites par des influences locales (telles que blessures, agents toxiques, chaleur ou froid), de celles dont l'origine est inconnue ou qui sont le résultat d'une maladie générale. Cette division est non-seulement légitime, mais, à un point de vue clinique, elle est tout à fait utile. Car il ne suffit pas de s'en rapporter seulement aux phénomènes observés sur la peau, en cherchant à déterminer si, dans une circonstance particulière, l'affection est idiopathique ou symptomatique. Il faut, dans ce cas comme dans tous les autres, prendre en considération tous les symptômes et s'efforcer de remonter à la source de tous les phénomènes qui se présentent simultanément.

Pour ces raisons, j'ai adopté le caractère mentionné en dernier lieu comme base de ma classification des dermatitides, les divisant en idiopathiques et en symptomatiques. Pour chacune de ces dénominations, j'ai établi des subdivisions suivant les caractères anatomiques de la maladie (érythémateuse ou phlegmoneuse), et suivant aussi sa distribution (circonscrite ou diffuse).

Tableau des diverses formes de dermatitis.

A. — Dermatitis idiopathica.

a.	*a.* Erythematosa.	Dermatitis Traumatica.
	b. Phlegmonosa.	— Venenata.
b.	*a.* Circumscripta.	— Calorica.
	b. Diffusa.	

B. — DERMATITIS SYMPTOMATICA.

a. Erythematosa	Erysipelas.
b. Phlegmonosa	
a. Circumscripta	Furunculus, Anthrax.
b. Diffusa	Pseudo-erysipelas.

3. Les phlycténoses (1).

Sous cette dénomination, je comprends les maladies aiguës exsudatives de la peau dont l'un des phénomènes caractéristiques est l'accumulation de liquide sous l'épiderme de façon à constituer des vésicules ou des bulles. Elles présentent, suivant les différents cas, des formes variées et peuvent être groupées de diverses manières. Elles disparaissent toujours spontanément en très-peu de temps et leur durée peut être prédite avec certitude. Ces maladies ne reviennent presque jamais et celles qui reparaissent ne le font qu'après un laps de temps considérable; elles peuvent alors être regardées comme une affection nouvelle plutôt que comme une *récidive* dans le sens propre du mot. Elles diffèrent essentiellement des affections vésiculeuses, comme l'eczéma, dont la réapparition est la règle.

Sous le nom de phlycténoses, j'aurais à énumérer les maladies suivantes :

1° *Herpès.*
2° *Miliaria.*
3° *Pemphigus acutus.*

II. — DERMATOSES EXSUDATIVES QUI ONT UNE MARCHE CHRONIQUE (2).

Dans ce groupe, je comprends toutes celles des maladies de la peau qui ont leur origine dans ces troubles de la nutrition appelés processus exsudatifs ou inflammatoires, et offrant en général les symptômes déjà décrits comme caractéristiques de ces processus, différant cependant des autres affections appartenant à cette classe par leur tendance à des récidives répétées, et, conséquemment, par leur marche prolongée. Les dermatoses chroniques exsudatives se distinguent les unes des autres principalement par les différences existant dans les éruptions cutanées qui surviennent dans ces maladies. Elles ne sont pour la plupart accompagnées d'aucun symptôme *fébrile* ou *concomitant;* notre

(1) Voyez p. 248 de l'édition allemande.
(2) Voyez p. 270 de l'édition allemande.

attention est donc spécialement dirigée sur les symptômes appelés *exanthématiques* qu'elles présentent.

En rangeant d'une manière systématique les affections de la peau qu'on comprend sous ce titre, on a involontairement recours à la classification de Plenck et de Willan, qui, dans mon opinion, peut toujours être considérée comme la meilleure. Mais je crois qu'il est bon de modifier ce système en ce qui concerne l'établissement des caractères distinctifs des différents groupes d'éruptions sur quelques-uns ou plutôt sur *tous* les symptômes présents et non pas seulement sur un seul, l'*efflorescence primaire* accidentelle. Dans le premier groupe, que j'appellerai les *dermatoses chroniques squameuses*, je comprendrai non-seulement certaines maladies de la peau, telles que le *psoriasis* et le *pityriasis*, qui ont été décrites sous le même nom par Willan, mais encore ces formes de *lichen* que j'ai eu quelquefois occasion d'observer. Je définis donc ce groupe comme se composant des maladies cutanées qui se manifestent par une rougeur superficielle, une légère tuméfaction affectant principalement les papilles de la peau ; de celles qui sont accompagnées d'une excroissance considérable de l'épiderme (Epidermidalwucherung), mais seulement avec de légères sensations de démangeaison, de tension et de douleur ; et, enfin, de celles dans lesquelles les produits inflammatoires ne subissent aucune déchirure, ni ulcération ou suppuration, ne se liquéfient jamais, et, en un mot, n'éprouvent pas d'autre métamorphose.

Les affections cutanées chroniques exsudatives qui se rapprochent de ce premier groupe et se placent naturellement dans la catégorie suivante, sont celles qui sont accompagnées d'un prurit intense, et que j'appelle les *dermatoses prurigineuses*. Le lien commun à toutes ces maladies, outre l'efflorescence caractéristique qu'elles présentent, c'est de déterminer un besoin irrésistible de se gratter. Cette démangeaison amène mécaniquement, ou comme un résultat de l'irritation produite, ces changements qui surviennent ultérieurement sur la surface de la peau, connus sous le nom d'excoriations et qui forment alors un symptôme concomitant toujours présent dans les dermatoses prurigineuses.

Le caractère distinctif le plus important entre les différentes affections cutanées appartenant à ce groupe, est le fait que l'une d'elles (eczéma) est accompagnée d'une sécrétion plus ou moins abondante de produits morbides qui transsudent sur la surface de la peau, tandis qu'on n'observe pas ce symptôme dans les autres (prurigo et gale).

Le troisième groupe comprend les affections tuberculeuses et pustuleuses occasionnées par l'inflammation des follicules pilifères et des

glandes sébacées. Je les appelle simplement dermatoses papuleuses (finnenartig). On les a toujours reconnues comme des formes d'acné et divisées en *acne vulgaris seu disseminata*, en *acne mentagra* ou *sycosis*, et en *acne rosacea*. Ces maladies de la peau sont caractérisées, non-seulement par leur apparence particulière, mais aussi parce qu'elles affectent invariablement quelque région spéciale du corps.

Le quatrième groupe comprend les maladies qui consistent dans l'accumulation de pus sous la peau, ou en d'autres termes dans la formation d'abcès sous épidermiques ou *pustules*. Il y a bien peu de dermatoses qui, dans leur cours, ne présentent pas d'éruptions pustuleuses. Les pustules ne sont alors, dans la plupart des cas, que de simples phénomènes accessoires, à moins qu'elles ne proviennent de papules, de vésicules, de tubercules ou de bulles qui existaient antérieurement. Mais dans les affections appartenant au groupe dont je parle, les pustules s'aperçoivent dès le début et constituent toute l'éruption. D'accord avec la nomenclature de Willan, je désignerai ces maladies cutanées sous les noms d'*impetigo* et d'*ecthyma*.

Enfin, le cinquième groupe comprendra les affections chroniques de la peau que l'on distingue par la formation de bulles, l'épiderme étant soulevé par une exsudation abondante de liquide. La forme de ces éruptions est tellement caractéristique qu'il est inutile d'en faire ici une description détaillée. Je leur donne le nom ordinaire de *pemphigus*.

Je décrirai donc les *dermatoses exsudatives chroniques* d'après la classification suivante :

GROUPE I. — *Dermatoses squamosæ* (Dermatoses squameuses).

1. *Psoriasis* seu *Lepra*, Willan.
2. *Lichen exsudativus.*
    - a. *Ruber.*
    - b. *Scrofulosorum.*
3. *Pityriasis rubra.*

GROUPE II. — *Dermatoses pruriginosæ* (Dermatoses prurigineuses).

1. *Eczéma.*
    - a. *Squamosum* (*Pityriasis rubra*).
    - b. *Papulosum* seu *lichenoïdes.*
    - c. *Vesiculosum* (*Eczema solare*, Willan).
    - d. *Rubrum* seu *madidans.*
    - e. *Impetiginosum* seu *crustosum.*

2. *Scabies.*
3. *Prurigo.*

GROUPE III. — *Dermatoses acneiformæ* (Dermatoses acnéiformes).

1. *Acne vulgaris* seu *disseminata.*
2. *Sycosis* seu *acne mentagra.*
3. *Acne rosacea.*

GROUPE IV. — *Dermatoses pustulosæ* (Dermatoses pustuleuses).

1. *Impetigo.*
2. *Ecthyma.*

GROUPE V. — *Dermatoses pemphigosæ* (Dermatoses pemphigoïdes).

1. *Pemphigus chronique.*
   a. *Pemphigus vulgaris.*
   b. *Pemphigus foliaceus.*
2. *Rupia.*

CHAPITRE VIII

MORBILLI, ROUGEOLE.

IV[e] Classe (suite). — Dermatoses contagieuses, aiguës, exsudatives,

Par feu le docteur FRANZ MAYR,
Professeur pour les maladies des enfants dans l'hôpital Sainte-Anne. — Revu par le professeur Hebra.

Le mot *morbilli* est dérivé de l'italien *morbillo*, qui signifie *la petite maladie*. La rougeole a reçu ce nom pour la distinguer de la peste, qu'on regardait alors comme *il morbo*.

Rien dans les écrits des Grecs ni des Romains ne peut prouver positivement l'existence de cette affection dans les temps anciens. Rhazès fut probablement le premier qui la fit connaître en Europe : mais longtemps après on la confondait avec la miliaire et la scarlatine.

Le mérite d'avoir montré que la rougeole est tout à fait distincte de la scarlatine doit être attribué à Forestus et à Sydenham ; le premier donna le récit d'une épidémie de rougeole qui eut lieu dans le Bra-

bant, en 1580, et le second décrivit celle qui régna à Londres, de 1664 à 1670.

Les ouvrages, aujourd'hui nombreux, publiés sur la rougeole ne remontent pas plus loin que le siècle dernier. Ils ont été résumés, sous une forme aussi complète que possible, par J. Franck et Canstatt (1). Les travaux suivants méritent, toutefois, d'être mentionnés spécialement : *Heyfelder* « Schmidt's Jahrbücher », 1835, Band VIII, p. 105; *Gertsema, Marcus Busch* « Specimen Med. Inaug. de affinitate morbillorum cum scarlatina », Gröningæ, 1844 ; *Tilgen, Henricus Gulielmus* « De similitudine et dissimilitudine scarlatinæ, morbillorum, rubeolarum, et typhi », Bonn, 1844. *Rilliet* « Mémoire sur l'épidémie de rougeole qui a régné à Genève dans le premier mois de l'an 1847 »; *John Brown* « On the epidemic Measles of 1854, in Leith », « Edinburgh Monthly Journal of medicine », 1855, vol. XX, p. 299, 385.

SYMPTÔMES.

Définition. — La maladie connue sous le nom de *morbilli* ou de *rougeole* (Rubeola, Masern, Flecken) est caractérisée par une éruption consistant en taches ou papules, distinctes entre elles, et dispersées sur toute la surface de la peau.

Cette maladie s'accompagne de fièvre, et d'une affection catarrhale de la muqueuse respiratoire. Elle suit une marche aiguë, et se propage par contagion.

Il a été établi par Rilliet et par Chomel que la période dite latente ou d'incubation, entre l'infection de l'organisme par la rougeole et l'apparition de l'éruption, a une durée d'environ une semaine.

Ces observateurs n'ont pas, cependant, institué d'expériences directes dans le but de fixer ce point ; mais leurs affirmations ont été pleinement confirmées par les résultats des inoculations pratiquées sur des individus avec le sang ou le mucus nasal des malades atteints de rougeole. Par ce moyen, il a été prouvé que la période d'incubation dure au moins huit jours, et peut même, dans certains cas, se prolonger jusqu'à trois semaines. Pendant ce temps, la personne infectée semble être parfaitement bien, ou elle peut quelquefois éprouver un sentiment de malaise qui n'a cependant qu'un caractère mal défini, ressemblant quelquefois à de la fatigue, d'autres fois à des nausées, ou à une espèce de sensation douloureuse. Dans certains cas le pouls s'ac-

(1) « Jahresbericht », Band II, p. 107.

célère légèrement vers la fin de cette période, mais pas assez pour donner lieu à aucune conséquence sérieuse.

I. — Période prodromique (Stadium prodromorum).

Symptômes fébriles. — Ils ne présentent pas de particularités spéciales dont on pourrait, avec certitude, inférer que l'éruption de la rougeole est près de faire son apparition; aussi l'expression *febris morbillosa* n'est-elle pas exacte, si on l'emploie dans ce sens. Les phénomènes observés pendant cette période sont, en somme, les symptômes ordinaires et bien connus de la fièvre, des sensations alternatives de froid et de chaud, des douleurs dans les articulations, de la prostration, de la céphalalgie, et de la sécheresse de la peau. Leur intensité est plus prononcée le soir.

Symptômes concomitants. — L'existence d'une affection inflammatoire de la conjonctive et de la muqueuse respiratoire est plus décisive par rapport à la nature de l'affection que la présence de la fièvre.

L'intérieur du nez semble être le siége originaire de cette inflammation catarrhale qui s'étend de là à la conjonctive, aussi bien qu'au larynx et à la trachée sans jamais affecter la bouche ni le pharynx. C'est ce qui permet d'expliquer quelques-uns des symptômes de la rougeole, tels que l'éternument, l'écoulement du mucus nasal, la sensation de pesanteur sur le front et les sourcils, les épistaxis fréquemment répétées, la rougeur ponctuée de la caroncule lacrymale et de la conjonctive en général, enfin la lacrymation et la photophobie (*Ophthalmia morbillosa*). L'affection de la muqueuse de la trachée se traduit habituellement par une toux rauque, tout à fait sèche ou accompagnée d'une expectoration simplement muqueuse, par une sensation d'oppression derrière le sternum, et quelquefois de chatouillement ou de brûlure à la gorge. Il est vrai que ces symptômes existent dans d'autres affections catarrhales; mais dans la rougeole, ils s'étendent et augmentent si rapidement d'intensité que, même quand l'exanthème est encore latent, il est souvent possible de prédire, presque avec certitude, qu'il est sur le point de faire irruption. C'est particulièrement le cas pendant les épidémies de rougeole.

Symptômes exanthématiques. — Ils manquent naturellement tout à fait dans cette période.

Durée. — Cette période dure ordinairement de trois à cinq jours, mais elle peut paraître beaucoup plus courte, parce que la première affection légère de la muqueuse nasale se montre souvent quelques

jours avant tout autre symptôme, et peut alors échapper entièrement à l'observation. Dans ces cas, c'est seulement quand surviennent des manifestations catarrhales plus graves, accompagnées de fièvre, que l'on reconnaît l'existence de la maladie. D'un autre côté, chez les personnes antérieurement souffrantes, et particulièrement chez les rachitiques, les tuberculeux et les scrofuleux, cette période peut se prolonger beaucoup plus et durer jusqu'à dix jours.

II. — Période d'éruption (Stadium eruptionis).

Symptômes fébriles. — La fièvre augmente graduellement d'intensité, comme l'indique le pouls, qui devient de plus en plus rapide et peut même battre jusqu'à 140 pulsations par minute. Des convulsions et d'autres symptômes nerveux se manifestent souvent chez les enfants; on observe aussi une turgescence (Turgescenz) de la peau, la surface du corps restant sèche, dans le plus grand nombre des cas. Régulièrement, cette période commence le treizième jour de la maladie après l'infection.

Symptômes concomitants. — Ceux qu'on avait constatés durant la période précédente acquièrent une gravité plus grande, mais, d'une manière générale, il ne se produit aucuns phénomènes nouveaux. Andral dit avoir trouvé l'intensité des symptômes concomitants en raison inverse de celle de l'éruption, dans les cas où il y avait déjà une grande dépression des forces, ou dans lesquels une affection des organes respiratoires est survenue même pendant cette période. Les symptômes isolés de troubles cérébraux ou nerveux, quelque alarmants qu'ils se présentent, sont en réalité, même chez les enfants, moins à craindre pendant cette période de la rougeole que dans la scarlatine ou la variole.

Symptômes exanthématiques. — L'éruption apparaît d'abord sur les tempes et sur la partie postérieure du cou; elle s'étend de là en avant sur la face tuméfiée et sur le front, en bas sur la partie antérieure du cou et sur la partie supérieure de la poitrine, et derrière sur le cou et sur le sommet de la région dorsale.

Elle consiste en taches distinctes ou petits points rouges (Pünktchen) s'élevant au-dessus de la surface de la peau, et que souvent le toucher fait découvrir bien plus tôt que la vue. A ce moment, il est impossible de distinguer l'éruption d'une variole commençante. Cependant, en vingt-quatre heures, les taches et papules deviennent beaucoup plus larges, et sont en conséquence bien plus visibles; la couleur rouge

sombre de l'éruption, sa répartition sur de larges étendues de la peau, son caractère uniforme, permettent alors de faire un diagnostic positif de la nature de la maladie.

L'éruption de la rougeole présente exactement la nuance qu'on obtient en ajoutant un peu de jaune ou de brun à du rouge.

III. — Période d'état (Stadium floritionis).

Symptômes fébriles.—Ils augmentent en général en proportion du degré de développement de l'éruption, et diminuent en même temps qu'elle.

Symptômes concomitants. — Les divers désordres mentionnés ci-dessus disparaissent alors graduellement, la photophobie cesse, la rougeur ponctuée de la conjonctive disparaît ; la lacrymation diminue, la sécrétion de la muqueuse nasale devient plus visqueuse et d'une couleur jaunâtre ; la toux est moins fréquente et s'accompagne de l'expectoration d'une matière jaune épaisse (*Sputa blennorrhoica*), formant de larges masses d'aspect déchiqueté (wie gezackt), et ayant, d'après Chomel, une très-étroite ressemblance avec les crachats des phthisiques. Il est, toutefois, plus probable que cette espèce d'expectoration provient de l'inflammation croupale de la muqueuse, de la trachée et des canaux bronchiques.

Symptômes exanthématiques. — Au moment où l'éruption est dans toute son intensité, les taches sont grandes comme des grains de chènevis, ou même comme des fèves. Ces taches sont cependant formées par la réunion de plusieurs autres plus petites qui étaient distinctes au début, tandis que les papules (dans la forme de rougeole connue sous le nom de *morbilli papulosi*) restent toujours isolées les unes des autres. Les taches ont quelquefois un aspect irrégulier ou déchiqueté, présentant souvent des courbes demi-circulaires spéciales. La peau conserve toujours entre ces taches sa couleur naturelle ; dans la rougeole, elles n'ont pas, comme dans les différentes formes d'érythème, de tendance à s'agrandir et à se répandre sur les parties adjacentes de la surface cutanée. Dans des cas exceptionnels, et notamment chez les nouveau-nés, l'éruption de la rougeole se compose de petits points rouges.

Après qu'elle s'est développée, l'efflorescence s'étend d'abord en succession régulière sur les membres supérieurs, l'abdomen, le dos, les parties génitales, les reins, et, à la fin, elle apparaît sur les membres inférieurs. Elle n'épargne pas même complétement la paume des mains ni la plante des pieds.

L'éruption rubéolique s'étend alors aux parties plus éloignées, selon leur distance de son siége primitif; et l'expérience ne confirme pas tout à fait l'opinion des auteurs qui la décrivent comme affectant les différentes régions du corps dans le même ordre que la variole. La rapidité de sa diffusion est en raison directe de la jeunesse du malade, mais elle est généralement complète vers la fin du troisième jour. Bientôt après, c'est-à-dire vers le quatrième jour, elle commence à diminuer. Sa disparition se fait dans le même ordre que son développement, si ce n'est qu'elle passe plus vite dans les parties découvertes de la peau que dans celles qui sont recouvertes par les vêtements. Le tégument ne reprend pas son aspect naturel dès que l'éruption a disparu; la place de chaque macule rouge ou papule reste occupée pendant un certain temps par une tache ou papule contenant du pigment. La nuance ainsi produite est plus ou moins foncée suivant la gravité de la maladie et l'intensité de l'éruption préexistante, mais on peut, même à cette période, reconnaître la nature de l'affection à la répartition uniforme de ces taches pigmentaires sur toute la surface cutanée.

Cet exanthème n'attaque pas les muqueuses de la même manière que la peau. Si le processus morbide est très-intense, une exsudation plastique peut, il est vrai, se former sur les surfaces muqueuses. Mais, en général, l'extension de l'affection à ces parties ne se reconnaît que par l'augmentation de leur sécrétion. On l'observe pendant la vie surtout pour la conjonctive palpébrale; mais sur le cadavre on voit une altération semblable de la muqueuse du nez et des voies respiratoires.

IV. — Période de desquamation (Stadium desquamationis).

Symptômes fébriles. — Ils manquent complétement lorsque la maladie suit son cours normal.

Symptômes concomitants. — Les affections des muqueuses observées pendant la présence de l'éruption ont alors le plus souvent complétement disparu, ou du moins se manifestent à peine par quelque symptôme. Ceux qui soutiennent qu'il existe un processus *énanthématique* aussi bien qu'un processus *exanthématique* s'appuient sur ce que la maladie est suivie d'une desquamation épithéliale des muqueuses qui ont été atteintes. Il n'y a cependant rien de particulier dans cette occurrence, qui ne s'observe après les affections catarrhales de toute sorte. En effet, on ne peut reconnaître aucune augmentation dans la quantité d'épithélium contenue dans les urines ou dans les matières

fécales, aussi longtemps que ces excrétions restent normales, ce qui a ordinairement lieu dans la rougeole.

Symptômes exanthématiques. — Pendant cette période l'épiderme se détache sous forme d'écailles semblables à du son, qui apparaissent d'abord sur les parties découvertes du corps, c'est-à-dire sur la face, le cou et les mains. On les observe le plus distinctement sur certaines parties de la figure (telles que le front, les ailes du nez et le menton), et sur le cou, la moitié supérieure de la poitrine et les avant-bras. Dans d'autres régions, il peut n'y avoir qu'une desquamation à peine perceptible, ou même n'en point exister du tout, notamment si la peau est dans un état continuel de transpiration profuse. La séparation des écailles n'est en général complète qu'après le quatorzième jour à partir du début de l'éruption.

FORMES IRRÉGULIÈRES DE LA ROUGEOLE.

Cette maladie ne suit pas toujours la marche normale que j'ai décrite ci-dessus. En effet, chez beaucoup de personnes, surtout chez les enfants, on observe des irrégularités dans la durée des différentes périodes, ou des modifications de diverse nature dans les symptômes. Par exemple, même chez les individus bien portants, la période d'incubation continue souvent jusqu'à deux ou trois semaines, sans qu'on puisse assigner une cause à cette circonstance. La même chose arrive toujours plus fréquemment quand l'individu est déjà dans de mauvaises conditions de santé, et particulièrement chez les enfants affectés de névrose, d'anémie ou de rachitisme. D'autres fois, chez les malades atteints d'une de ces affections, le *stadium prodromorum* peut se prolonger au point de durer une semaine ou même dix jours, la période d'incubation conservant, dans ce cas, sa durée normale; et, dans des circonstances exceptionnelles, chacune des autres périodes peut être allongée dans la même proportion. D'où il résulte que les modifications de la rougeole demandent évidemment à être décrites en détail, et dans ce but je les diviserai ainsi qu'il suit :

1. Variétés dans la localisation de l'éruption.

La direction dans laquelle la rougeole s'étend, affectant suivant une succession régulière différentes parties de la surface cutanée, est un des plus constants, et au point de vue du diagnostic un des plus essentiels caractères de cette maladie. Mais il arrive quelquefois qu'au lieu d'apparaître sur la face, l'éruption se voit d'abord sur quelque

autre région du corps. Ainsi, lorsque le malade est resté couché quelque temps sur un côté, elle peut commencer par le bras correspondant; si des onguents, des emplâtres ou des lotions ont été appliqués sur la poitrine, elle se manifestera d'abord dans cet endroit; si une partie d'un membre est comprimée par des bandages ou des vêtements serrés, l'éruption apparaîtra en ce point.

Dans d'autres circonstances, où cette éruption affecte les différentes du corps dans un ordre régulier, elle se développe très-imparfaitement. Ainsi, sa présence peut se borner à la face et au tronc, sans qu'on n'en voie aucune trace sur les membres. Cela s'observe surtout dans les cas de maladie spinale (*Spondylarthrocace*) où l'éruption n'existe pas du tout ou manque presque entièrement sur les extrémités inférieures paralysées.

Dans certains cas de rougeole, indépendamment de l'existence de quelque autre maladie, l'efflorescence est presque limitée à la face et au cou, les taches étant si peu nombreuses sur d'autres parties du corps qu'on les compterait sans beaucoup de peine. Cette variété de l'éruption s'observe principalement quand une épidémie est à son début ou près de son déclin.

2. Variétés dans la durée de la période d'état.

Dans les épidémies graves de rougeole accompagnée de symptômes intenses de catarrhe, il n'est pas rare que l'éruption reste visible pendant une semaine ou même dix jours. Dans ces cas, cependant, il se produit ordinairement certains changements dans son caractère : la couleur primitive jaunâtre ou rouge-brunâtre prend une teinte bleuâtre ou brun foncée, qui ne s'efface plus sous la pression du doigt. Ces taches pigmentaires se voient assez fréquemment chez les malades affectés d'autre éruption, telles que l'eczéma, le lichen, la gale ou le pityriasis. Mais si la peau était saine auparavant, on doit regarder ces taches comme étant dues à la présence de quelque maladie interne grave.

Un symptôme qui, non sans raison, éveille l'inquiétude, c'est la disparition prématurée ou la décoloration subite de l'efflorescence. Cela provient d'une maladie interne, bien plus que d'une influence extérieure; aussi doit-on toujours rechercher soigneusement cette cause.

On a supposé que dans ces cas l'éruption se *retire* de la surface cutanée, et qu'elle subit une métastase vers des organes plus importants. Mais cette opinion n'est pas appuyée sur un examen attentif des faits. Car, *avant* que l'éruption ne s'efface ou ne disparaisse, la maladie

interne existe toujours, preuve certaine que cette maladie est la cause et non l'effet de la disparition de l'éruption. L'opinion généralement acceptée est juste l'opposé de celle-là, l'affection viscérale étant uniquement attribuée par la plupart des auteurs à l'éruption exanthématique. Dans ces cas, en même temps que la maladie interne ou générale diminue, les taches réapparaissent assez fréquemment. Mais on ne doit pas supposer qu'une nouvelle éruption a eu lieu dans ces circonstances ; le retour de l'efflorescence est dû simplement au renouvellement de la condition hypérémique précédente de la peau.

Suivant Willan et Peter Franck, une seconde éruption apparaît quelquefois dans des cas de rougeole, lorsque la desquamation commence. Cette affection, toutefois, doit probablement être regardée comme une roséole, telle qu'il n'est pas rare d'en observer chez les petits enfants dont la peau est délicate. Elle ne s'accompagne pas en général de symptômes fébriles, et sa présence n'a aucune importance.

3. Prolongation de la période de desquamation.

Elle est généralement occasionnée par la persistance de l'une des maladies consécutives à la rougeole. Des frictions faites sur la peau avec des substances grasses paraissent diminuer ou retarder le processus de la desquamation, mais en réalité il n'en est rien.

4. Morbilli apyretici.

La variété apyrétique de la rougeole est la forme la plus bénigne de cette maladie. Il est impossible de dire qu'un cas de rougeole soit réellement « *sine febre* », mais l'existence de la fièvre peut certainement n'être indiquée que par la présence de légères exacerbations le soir, par une accélération insignifiante du pouls, et par un peu de malaise et de dépression. Cette forme de la rougeole s'observe surtout pendant la première partie d'une épidémie.

5. Febris morbillosa sine exanthemata.

On peut établir que c'est une fièvre catarrhale « *Febris catarrhosa* » des muqueuses nasale, trachéale ou bronchique, apparaissant pendant une épidémie de rougeole, et chez des personnes qui ont été exposées à la contagion de cette maladie.

L'assertion que cette modification de la rougeole est suivie de la desquamation de l'épiderme, est très-certainement inexacte. Car, à moins que la peau n'ait été antérieurement dans un état hypérémique,

ou soumis à un processus exsudatif, il n'y a aucune raison pour que l'épiderme se détache dans une proportion inusitée. Aussi la présence actuelle d'une desquamation consécutive en pareil cas, doit-elle être expliquée par la supposition qu'une légère éruption a existé, mais a passé inaperçu.

6. Variétés dans l'aspect de l'éruption.

Je reconnais les modifications suivantes dans la forme de l'éruption de la rougeole :

I. *Morbilli læves.* — C'est la variété décrite plus haut, dans laquelle l'efflorescence est unie et lisse, les bulbes pileux n'étant pas très-élevés au-dessus de la surface cutanée. Les taches isolées sont aussi séparées les unes des autres par des parties de peau saine. C'est la forme la plus commune de la rougeole, et c'est la seule qu'on observe dans certaines épidémies.

II. *Morbilli papulosi.* — Dans cette variété de la maladie, on voit apparaître des points (Stippen) rouge foncé ou brun rougeâtre, ou des papules, de la grosseur d'un grain de millet ou de chènevis, contenant du pigment et situés aux orifices des follicules pileux. Dans ces cas, l'éruption offre la plus grande ressemblance possible avec celle de la variole, et sa nature réelle ne peut se reconnaître qu'à sa distribution uniforme sur la surface cutanée, et à une plus grande quantité de pigment contenu dans les papules. Cette forme de rougeole, en outre, se rencontre surtout dans certaines épidémies, où elle prend la place de la variété la plus commune. Le nirlus (Nirles) d'Alibert, le « *Blattermasern* » de la traduction de Bloest, doit aussi être placé ici, n'étant très-probablement pas autre chose qu'une forme papuleuse de la rougeole.

III. *Morbilli vesiculosi seu miliares* (*Frieselmasern*). — Dans cette variété, les orifices des follicules pileux se remplissent d'une exsudation liquide, s'élèvent, et constituent des vésicules miliaires délicates, transparentes. Cela donne à la peau un aspect particulier, semblable à celui qu'on observe dans la miliaire. En effet, il est probable que les particularités de l'efflorescence, dans ces cas, sont en partie produites par les mêmes causes auxquelles nous attribuons la formation des vésicules de la miliaire, qui sont dues soit à des sueurs profuses, soit à des conditions pyohémiques. Nous devrions peut-être rattacher à cette forme les épidémies de *miliaire* que certains auteurs ont décrites, mais qu'on ne rencontre plus aujourd'hui.

IV. *Morbilli conferti seu confluentes.* — Dans cette variété de l'éruption les taches sont pressées les unes contre les autres ou même con-

fluentes. Cela résulte naturellement de ce que les taches ou les papules se produisent en si grand nombre que les intervalles existant entre eux disparaissent ou existent seulement au début de l'éruption. En effet, il survient ultérieurement des plaques rouges d'une étendue considérable, mais parfaitement circonscrites, et présentant des bords très-dentelés. On les observe surtout sur la figure, le dos, les membres supérieurs et inférieurs. Même dans les cas de cette espèce, cependant, il est toujours possible de reconnaître la nature réelle de la maladie, car on trouve constamment quelques points où l'éruption offre son aspect ordinaire, consistant en macules distinctes. Je crois que, même chez les plus jeunes enfants, l'éruption rubéolique ne recouvre jamais, d'une manière ininterrompue, toute la surface cutanée.

On doit probablement rattacher à cette forme de la rougeole « l'*Exanthema hybridum* », décrit par Schönlein et nommé par lui *rubeola*. Il est prouvé que dans cette maladie une éruption scarlatineuse est associée à des symptômes concomitants de rougeole.

V. *Morbilli hæmorrhagici.* — Dans cette variété, l'efflorescence consiste en macules ou papules de couleur rouge foncée, ne disparaissant pas sous la pression du doigt. Cette particularité de l'éruption est le résultat d'une hémorrhagie des capillaires sanguins de la peau.

7. Variétés consistant dans la combinaison d'autres affections cutanées, chroniques ou aiguës, avec l'éruption de la rougeole.

La présence d'une maladie cutanée chronique ne rend nullement une personne réfractaire à la contagion de la rougeole. Par exemple, les enfants atteints d'éruptions vésiculeuses ou pustuleuses sont aussi sujets à cette affection que ceux dont la peau est parfaitement saine.

Dans ces circonstances la maladie cutanée préexistante diminue durant un certain temps pendant que l'exanthème traverse ses phases habituelles. En outre, lorsque la fièvre cesse, la desquamation est, dans ces cas, extrêmement abondante. Quelques auteurs ont bien prétendu que cela faisait nécessairement disparaître la maladie antérieure. Mais cette assertion est inexacte, car après la cessation de la rougeole, l'éruption chronique reparaît en général et même avec une plus grande intensité qu'auparavant.

Quant à la combinaison de la rougeole avec les autres exanthèmes, variole et scarlatine, je n'ai jamais eu la bonne fortune de voir deux de ces maladies *simultanément* sur le même individu. En effet, sans compter qu'un tel diagnostic est en lui-même accompagné d'une très-grande

difficulté, une autre explication beaucoup plus naturelle se présente dans tous ces cas. Ainsi, dans les exemples que Fouquier, Chomel, Moret et autres ont dit avoir vus relativement à la coexistence de la rougeole et de la variole, l'éruption était vraisemblablement une *roseola variolosa*. En outre, la combinaison supposée de la scarlatine et de la rougeole ressemblait sans doute beaucoup à la *scarlatina variegata*. Deux exanthèmes ont cependant fréquemment attaqué, *l'un après l'autre*, le même individu, et on l'a surtout observé dans les pays où se trouvaient des personnes affectées de chacune des maladies en question.

Quelques bulles ou élevures surviennent encore assez ordinairement dans ces cas de rougeole en même temps que les taches. Cela, toutefois, ne donne lieu à aucune difficulté pour le diagnostic.

Il arrive quelquefois qu'un érythème général s'associe à l'éruption rubéolique. Cela ne constitue cependant qu'une circonstance tout à fait éphémère, et provient sans doute de ce que le malade, pendant une épidémie grave, a été tenu trop chaudement. Il est toujours facile de déterminer la nature réelle d'une telle affection, d'après son mode irrégulier de développement et d'évolution, et parce qu'elle se manifeste à toutes les périodes de la maladie, ne s'accompagnant pas de troubles fébriles, et n'envahissant pas complétement toute la surface cutanée.

Cette forme d'érythème se montre souvent sous l'aspect de plaques sur la poitrine, l'abdomen, les membres supérieurs et inférieurs, et disparaît un ou deux jours après, sans avoir modifié d'une manière appréciable l'exanthème préexistant, ni sans laisser après lui aucune trace. La *rubeola Schönleinii* (l'exanthème hybride ressemblant à la scarlatine à laquelle je l'ai déjà rattachée) n'est probablement quelquefois qu'une éruption de cette espèce, apparaissant pendant la période d'état (*stadium floritionis*) de la rougeole. Cette supposition est la plus naturelle parce que, ainsi que l'admettent même les partisans des idées de Schönlein, cette éruption n'est jamais épidémique, et ne se rencontre que sous une forme sporadique.

8. Complications de la rougeole.

Cet exanthème est dit *compliqué* lorsqu'un des divers symptômes concomitants observés pendant son cours naturel devient assez grave, ou prend une extension assez considérable pour constituer une affection indépendante. Les complications ainsi produites peuvent modifier con-

sidérablement le développement de la rougeole, ou bien retarder et même arrêter entièrement les progrès de la maladie.

On doit rechercher la cause de ces complications : 1° dans les idiosyncrasies du malade, 2° dans les conditions au milieu desquelles il vit, 3° dans les caractères spéciaux de l'épidémie actuellement régnante.

1° Les personnes qui offrent un terrain impropre à la réceptivité de la contagion de la rougeole ne passent pas simplement par le processus exanthématique ordinaire, mais sont en même temps attaquées par d'autres affections. Cela arrive notamment chez les malades qui sont sujets à des affections inflammatoires du larynx, de la trachée ou des poumons. La même chose s'observe aussi chez des individus qui sont (comme on le dit) *tuberculeux* ou *scrofuleux*, même lorsque avant l'apparition de la rougeole, cette disposition a été assez peu prononcée pour qu'on puisse à peine l'appeler plus qu'une *tendance morbide*.

2° Sous ce titre, il faut mentionner un allaitement insuffisant ou peu soigneux, un logement trop étroit ou trop sombre ; l'encombrement, et la ventilation imparfaite des salles d'hôpital, peuvent être la cause de diverses complications qui ne se produisent pas quand les malades sont dans des conditions plus favorables.

3° Comme je l'expliquerai bientôt plus amplement, chaque épidémie présente des particularités qui lui sont propres. Ainsi, tandis que des affections inflammatoires compliquent parfois la rougeole, très-souvent il y a dans d'autres années une tendance spéciale à la gangrène et à la dissolution du sang (Blutzersetzung).

Les maladies qui sont susceptibles de compliquer la rougeole peuvent se diviser en deux groupes ; le premier comprenant les affections des organes respiratoires, le second celles des autres parties du corps et du sang.

Certains auteurs ont simplement décrit cet exanthème comme présentant des formes *inflammatoire*, *nerveuse* et *putride*. Mais il me semble que cette division est défectueuse, non-seulement parce qu'elle est trop générale, mais encore parce qu'elle considère le caractère de la fièvre plutôt que la nature de l'état morbide auquel ce caractère est dû, et parce qu'un semblable point de départ pourrait conduire à supposer que différentes espèces de fièvre peuvent survenir dans la rougeole. Je pense que la classification que j'ai proposée est plus pratique, et qu'elle s'accorde mieux avec les divisions sug-

gérées par l'observation positive des cas qui suivent un cours anormal.

A. Parmi les complications qui forment le premier groupe se trouvent les suivantes :

1° *Épistaxis*, ou hémorrhagie de la muqueuse nasale. Elle est le résultat d'une hypérémie extrême, et chez quelques personnes, notamment chez les enfants, elle est assez grave pour être dangereuse. Elle se présente surtout pendant le *stadium prodromorum*, mais peut survenir après que l'exanthème s'est développé ; dans ce cas, elle fait quelquefois flétrir l'éruption, mais seulement quand il y a eu une perte considérable de sang. On doit, dans certaines circonstances, la regarder comme le résultat d'une dissolution générale du sang.

2° *Ophthalmie.*— Ce qu'on appelle « ophthalmie morbilleuse » ne diffère nullement en réalité d'une inflammation catarrhale commune. Elle peut se manifester à toutes les périodes de la rougeole, soit comme une simple conjonctivite, comme un fort gonflement inflammatoire de la muqueuse et du tissu conjonctif sous-muqueux, comme une affection pustuleuse, soit même, quoique plus rarement, sous forme d'une *kératite.* La plus commune de ces affections est l'ophthalmie purulente (ophthalmoblenorrhoën). Chaque épidémie de rougeole offre au moins des exemples disséminés de cette affection, qu'on rencontre spécialement chez les enfants maladifs, et a beaucoup de tendance à détruire l'organe de la vision. Cette complication ne modifie en aucune manière l'éruption rubéolique.

Une inflammation *croupale* de la conjonctive a été observée dans certains cas de rougeole. L'exsudation couvre la membrane qui revêt les paupières sous forme de raies ou de taches ; elle est d'une couleur jaunâtre ou gris-blanchâtre, et fortement adhérente. Quand on la détache volontairement, elle se reproduit avec rapidité. Cette affection est accompagnée d'un œdème considérable des paupières, et d'une violente douleur. Sa marche est toujours aiguë, et elle détermine souvent la perforation de la cornée.

3° *Laryngite.* — Parmi les symptômes qu'on rencontre fréquemment pendant le *stadium prodromorum* de la rougeole existe un enrouement si complet que le malade peut à peine proférer un son intelligible. Il y a en même temps une exacerbation marquée de la fièvre ; mais la respiration reste intacte, et à l'examen physique on ne trouve pas que la maladie se soit étendue aux tubes bronchiques ou aux poumons. L'affection est, par le fait, simplement de nature catarrhale ; mais elle passe souvent à la :

4° *Laryngite croupale ou diphthéritique* (Croup, Maserncroup). — Cette complication pent survenir soit avant l'apparition de l'éruption morbilleuse, soit à son déclin.

a. Quand il se présente pendant le *stadium prodromorum*, le croup est beaucoup moins grave que lorsqu'il survient à une époque plus avancée de la maladie. En effet, on le considère ordinairement comme étant simplement « un *faux* croup », et le nom de laryngite lui serait encore plus applicable, car il n'a de commun avec le vrai croup que le timbre particulier de la toux. Toutefois, dans la première période de la rougeole les variétés dans le son produites par l'action de tousser changent si graduellement qu'il est difficile de tirer une ligne de démarcation entre les formes catarrhale, spasmodique et croupale de la toux.

Cette affection laryngienne s'arrête, en grande partie, aussitôt que l'éruption apparaît. Elle peut, il est vrai, durer un peu plus longtemps si elle s'est manifestée immédiatement avant son développement ; mais même alors elle disparaît aussitôt que l'éruption s'est répandue sur toute la surface du corps, et que la fièvre commence à décliner. Comme cela arrive généralement, il reste un peu d'enrouement, et les fortes attaques de toux s'accompagnent encore d'un timbre particulier, pendant tout le cours de la maladie.

Le plus grand nombre de ces cas, alors, appartiennent au groupe des affections dites *croupales* dans lesquelles la maladie résulte d'une inflammation catarrhale des muqueuses nasale ou trachéale, donnant lieu à une laryngite grave. Cette affection, et celle qui commence tout à coup par la formation d'une exsudation plastique, diffèrent toutes les deux dans leur marche, et dans le degré d'intensité de leurs symptômes.

Dans la première période de la rougeole, nous voyons, en outre, rarement soit cette forme de croup qui est due à la propagation d'une affection inflammatoire du pharynx à l'épiglotte et à la glotte ; soit celle qui apparaît comme complication d'une pneumonie croupale et d'une bronchite. Je ne veux pas dire que durant cette période de la maladie une laryngite diphthéritique ne s'observe jamais ; mais sa présence est certainement exceptionnelle.

b. Le croup qui survient après l'apparition de l'éruption rubéolique est une complication beaucoup plus dangereuse, et a très-souvent une issue fatale. Il arrive en général le deuxième ou le troisième jour de l'éruption, par conséquent le sixième jour environ de la maladie, mais aussi quelquefois pas avant que la desquamation n'ait

commencé. Il est souvent précédé d'une pneumonie ou d'une bronchite étendue, tandis que, dans d'autres circonstances, il provient d'une inflammation aphtheuse ou diphthéritique de la bouche et du pharynx.

La distinction entre les deux variétés de croup dont je viens de parler est rendue beaucoup plus évidente par des examens *post-mortem*. Car, lorsque cette complication se manifeste dans la première période de la rougeole, la mort est la conséquence soit d'une bronchite, ou d'une pneumonie, soit d'un œdème pulmonaire, et l'on ne peut découvrir aucune exsudation plastique dans le larynx; tandis que dans la seconde forme de cette maladie, on trouve des produits d'inflammation croupale dans les poumons et dans les tubes bronchiques, et le larynx contient un mucus visqueux jaunâtre, ou même un dépôt diphthéritique.

On peut, en outre, rencontrer dans quelques cas, quoique plus rarement, des formes granuleuse et membraneuse d'exsudation. Elles résultent en général de l'extension d'une affection diphthéritique de la bouche et du pharynx à la glotte. Dans d'autres circonstances, cependant, le croup qu'on appelle *croup secondaire* provient d'une inflammation des poumons ou des tubes bronchiques; aussi est-il permis de dire qu il *monte* quelquefois, que d'autres fois il *descend*.

La variété de croup provenant d'une diphthérite de la bouche et du pharynx atteint surtout les enfants souffrant d'une affection tuberculeuse des glandes; mais, dans la plupart des cas, elle est causée immédiatement par une influence épidémique d'une espèce inconnue. D'où, aussi, il résulte que sa présence est la règle dans certaines épidémies de rougeole, l'exception dans d'autres.

Les affections dont je viens de parler n'influent pas au même degré sur les progrès de l'exanthème. En effet, le faux croup ne modifie en aucune manière soit le développement, soit le cours ultérieur de l'éruption. D'un autre côté, des changements divers dans l'aspect de l'efflorescence, se produisent lorsque la maladie est compliquée d'une attaque de vrai croup. Dans quelques cas, les taches restent dans l'état où elles se trouvaient quand les symptômes graves de la maladie interne ont commencé à se montrer, mais elles perdent graduellement leur couleur rouge et forment des points bruns pigmentés, qui ne s'effacent plus sous la pression du doigt, et restent visibles même après la mort. Dans d'autres circonstances, l'éruption disparaît tout à fait, et la peau prend une teinte livide. Quelquefois, enfin, les macules se réunissent en plusieurs endroits et forment des plaques grandes comme la

main ; mais quand des exacerbations plus graves de la fièvre surviennent, l'éruption, dans ces cas, disparaît complétement, et il se produit alors une desquamation partielle de l'épiderme.

5° *Inflammation de la trachée et des canaux bronchiques.* — Elle se manifeste aussi sous deux modes, la forme catarrhale et la forme croupale, la première est la variété la plus commune, la seconde est la plus rebelle.

Ces affections sont comparativement rares chez les adultes, ou, au moins, ne présentent pas chez eux assez d'intensité pour mettre la vie en danger. En effet, comme complications fatales, on les rencontre surtout chez les enfants âgés de moins d'un an, qui sont mal nourris, ou affectés de rachitisme ou d'atrophie. Chez les enfants plus grands et plus forts, elles sont cependant souvent les précurseurs de la pneumonie ou du croup laryngé, et se changent bientôt en l'une ou l'autre de ces maladies.

La présence d'une attaque de bronchite, sous une forme catarrhale ou croupale, modifie dans une certaine mesure le cours de l'éruption morbilleuse. Les taches, qui sont dans ces circonstances beaucoup moins distinctes au début que d'habitude, disparaissent immédiatement, en laissant après elles, toutefois, chez les enfants rachitiques, des taches pigmentaires.

6° *Inflammation des poumons.* — La pneumonie est la complication la plus fréquente de la rougeole. En effet, les cas dans lesquels on l'observe ont été, à une certaine époque, regardés comme une variété de la maladie, sous le nom de rougeole inflammatoire (*Morbilli inflammatorii*). Il me semble maintenant important d'établir une distinction entre la forme lobaire et la forme lobulaire de l'inflammation des poumons accompagnant la rougeole. La pneumonie lobaire peut survenir soit au commencement de la fièvre catarrhale, soit quand la maladie est à son paroxysme ; dans le dernier cas, elle résulte de l'extension de l'inflammation des tubes bronchiques aux vésicules aériennes. Son début est quelquefois soudain et violent, comme dans l'inflammation ordinaire des poumons; quelquefois (et particulièrement chez les enfants faibles, scrofuleux ou rachitiques) si insidieux, que sa présence ne peut se découvrir sans un examen physique de la poitrine.

La forme lobulaire de la pneumonie, d'un autre côté, est plus souvent une suite qu'une complication de la rougeole; et même quand elle survient pendant le cours de la maladie, elle persiste longtemps après la fin de l'exanthème, et constitue une de ses suites

les plus rebelles : à ce sujet, nous aurons encore à en parler plus tard.

Le cours de la rougeole est modifié par l'inflammation des poumons plus que par aucune autre affection des organes respiratoires. Les effets de cette complication sont, en réalité, semblables à ceux décrits ci-dessus comme occasionnés par la bronchite, excepté que la pneumonie est une maladie plus grave, et que l'éruption s'efface dans ce cas plus rapidement. Cependant, quand la fièvre qui accompagne cette affection augmente, l'intensité de l'éruption devient plus grande pour un certain temps; mais à mesure que s'accroissent les symptômes inflammatoires, l'éruption passe si rapidement, qu'on n'en voit bientôt plus aucune trace. C'est ce fait qui a donné lieu à la croyance erronée que l'efflorescence dans ces cas subit une « répercussion » (zurücktreten) ou une « métastase ». J'ai, toutefois, déjà montré, en décrivant les anémies de la peau, que la disparition de l'éruption dans ces circonstances doit être en réalité attribuée à l'état anémique de la peau, et non à quelque métastase d'un produit morbide déposé dans les tissus cutanés. Dans les formes légères, les taches peuvent devenir le siége de dépôt de pigment, ou simplement rester dans les conditions où la pneumonie les a trouvées.

7° *Toux convulsive, ou suraiguë.* — Cette affection se présente souvent comme une complication de la rougeole, et on la voit encore plus fréquemment suivre les épidémies de cette maladie; ces deux affections ont des rapports si intimes entre elles qu'une toux rauque se rencontre dans toutes les grandes épidémies de rougeole, précédant l'exanthème ou survenant pendant son évolution. Cette affinité particulière semble être due à ce que la membrane muqueuse des organes respiratoires est le siége de ces deux maladies (dass beide Krankheiten im System der Schleimhaut der Respirationsorgane ihren Sitz haben).

Quant à la question de savoir si dans un cas particulier la toux rauque sera suspendue par une attaque de rougeole ou coexistera avec cet exanthème, cela dépend de l'étendue dans laquelle les canaux aériens sont envahis. Si aucune bronchite grave, ou pneumonie lobulaire ne sont associées à la toux suraiguë, sa marche sera arrêtée par la fièvre éruptive, et elle restera latente jusqu'à ce que cette dernière diminue. Mais si ces affections inflammatoires existent en même temps, l'apparition de la rougeole n'enrayera nullement la toux convulsive. Aussi, dans ses premières périodes, ou même lorsqu'elle a atteint sa plus grande intensité, cette affection est très-souvent interrompue ou chassée par la rougeole. Mais pendant les derniers jours de la toux rauque, quand la fièvre existe, un tel phénomène arrive rarement; les

deux maladies marchent alors simultanément. Ces faits ont été souvent constatés pendant les épidémies de rougeole qui ont régné à Vienne, en 1846 et en 1848.

B. Les complications appartenant au second groupe sont des affections de tout l'organisme, dues à des conditions morbides du sang ou d'un des tissus solides. Ce sont les suivantes :

1° *Scorbut.* — C'est une des complications les moins dangereuses de la rougeole, notamment quand la nutrition du corps n'est pas altérée. L'état morbide des gencives et les taches hémorrhagiques de la peau (*Spilosis scorbutica*) sont les symptômes du scorbut qu'on observe le plus fréquemment dans la rougeole, l'hémoptysie se présente plus rarement. Les pétéchies peuvent occuper, soit les mêmes points que l'éruption morbilleuse, soit les espaces intermédiaires. Elles durent trois ou quatre jours, et disparaissent avec les taches pigmentées de l'exanthème. Il est certainement naturel de craindre une issue fatale pour des cas de cette espèce; mais néanmoins cette terminaison est rare en comparaison de sa fréquence dans la forme hémorrhagique de la variole.

2° *Gangrène.* — Diverses parties du corps peuvent être atteintes par la gangrène sous l'influence de la rougeole. Les affections de cette nature surviennent, toutefois, en général lorsque la fièvre a disparu; et même si elles sont associées avec une complication développée pendant la période fébrile de la maladie, elles ne modifient en aucune manière l'exanthème, et sont ainsi en réalité des suites (*sequelæ*) de la rougeole; comme telles, je les mentionnerai une seconde fois. La seule forme de gangrène qui soit, à proprement parler, une complication de la rougeole, est celle qui affecte les poumons. Heureusement elle se rencontre très-rarement, apparaissant surtout dans les localités encombrées, et seulement lorsque règnent d'autres affections gangréneuses.

3° *Dissolution du sang* (Morbillöse Blutdissolution, Nervöse Morbillen, Morbillentyphus). — Le terme de « *Morbillentyphus* » a été exact tant qu'on regardait un état de stupeur comme le symptôme essentiel du typhus, suivant l'étymologie de ce mot. Mais aujourd'hui que les caractères du typhus sont mieux connus, et qu'on lui a associé des lésions *post-mortem* d'une espèce différente, l'expression de morbillentyphus n'est plus admissible. Aussi, je préfère parler de l'état qui nous occupe maintenant comme d'une « dissolution du sang », nom qui est aussi applicable à des affections semblables observées dans le cours des autres exanthèmes.

Les symptômes suivants accompagnent cet état morbide du sang dans la rougeole : il existe une dépression grave dès le commencement de la maladie. La fièvre est continue et augmente de jour en jour. Le pouls est d'abord dur, mais il devient bientôt dépressible et l'artère paraît alors vide au toucher. La peau est quelquefois chaude et sèche; parfois froide et couverte d'une transpiration profuse. Il y a une soif intense. La faiblesse générale des muscles et la dépression du système nerveux sont extrêmes, sans qu'on puisse découvrir de maladie locale à laquelle on puisse rapporter ces symptômes. Le malade est apathique; il est quelquefois assoupi, d'autres fois dans le délire. La muqueuse de la bouche a une coloration rouge sale ; la langue sèche est couverte d'un enduit blanchâtre ; les lèvres aussi sont sèches et souvent chargées d'une crasse noire. L'abdomen est distendu, dans un état de météorisme, et sensible à la pression ; mais il n'y a pas plus de douleur dans l'hypochondre droit que dans les autres régions.

Dans ces conditions, l'éruption morbilleuse ne présente pas sa couleur rouge habituelle ; elle est bleuâtre, passe vite, laissant en général après elle un dépôt pigmentaire brun-rougeâtre.

Cette forme de rougeole a une marche rapide, et ce n'est qu'exceptionnellement que sa durée dépasse une semaine. Elle se termine rarement par la convalescence, et alors seulement après une maladie prolongée.

Il arrive beaucoup plus souvent que ces cas ont une issue funeste, et donnent lieu à des nécropsies. On trouve quelquefois le sang fluide, d'une couleur rouge vermeil ou rouge-brun, tandis que dans d'autres circonstances, il est visqueux et offre l'aspect du goudron. Il est accumulé dans les organes internes, tels que le cerveau, les lobes inférieurs des poumons, le cœur, la rate et le foie. Tous les viscères sont remarquablement mous et flasques. Il y a cependant dans quelques cas une hypertrophie de la rate, et les glandes mésentériques sont aussi parfois infiltrées, comme dans la fièvre typhoïde (entérique).

4° *Tuberculose aiguë.* — Elle prend le plus ordinairement la forme de tubercules miliaires, et c'est incontestablement une des plus graves complications de la rougeole. Elle survient spécialement dans certaines épidémies, et fut observée, par exemple, avec une grande fréquence dans celle qui a régné à Vienne en janvier 1853.

Les symptômes d'une tuberculose survenant pendant une attaque de rougeole, sont, chez les enfants, presque exclusivement ceux de l'hydrocéphalie aiguë. Le début de cette affection est en général brusque, sa marche est violente et très-rapide, se terminant dans le

délai d'une semaine ou d'une quinzaine de jours. L'invasion de cette maladie interrompt souvent le développement de l'exanthème, ou contrarie ses progrès subséquents et cause bientôt sa disparition complète. Quelques taches érythémateuses se montrent quelquefois à la place de l'éruption morbilleuse.

Dans ces cas, on trouve très-fréquemment des granulations récentes dans la pie-mère et l'arachnoïde, les poumons et le péritoine qui recouvre la rate et le foie. Mais comme ces dépôts sont souvent associés à de la matière tuberculeuse de date plus ancienne, il semble probable que l'exanthème n'engendre pas la tuberculose *de novo*, mais qu'il l'appelle seulement à une existence active.

DIAGNOSTIC DE LA ROUGEOLE.

Il y a certaines maladies qui, dans quelques cas, à un moment donné des différentes phases de leur évolution, ressemblent de si près à la rougeole, qu'on peut les confondre avec elle. Ce sont la variole, la scarlatine, la miliaire rouge et la roséole.

L'erreur de diagnostic la plus commune et la plus aisée à commettre, c'est celle qui a lieu entre la rougeole et la variole. Chacune d'elles s'accompagne, en effet, de symptômes catarrhaux, quoique ne présentant pas d'ordinaire la même intensité. Dans toutes les deux, en outre, l'éruption se montre d'abord sur la face sous la forme de petits points rouges, distincts entre eux, et s'étend à d'autres parties du corps, suivant l'ordre anatomique. Aussi est-il facile de comprendre que le troisième ou le quatrième jour de la maladie (en comptant à partir du commencement des symptômes fébriles), il soit souvent impossible de déterminer positivement s'il s'agit oui ou non d'une rougeole.

Dans ces circonstances, il n'existe aucune preuve évidente de la nature de l'affection, et le diagnostic doit rester incertain jusqu'à ce que la question soit tranchée par le changement progressif des papules en vésicules (si c'est une variole), ou par la persistance de la forme maculeuse ou papuleuse de l'éruption (si c'est une rougeole).

Je donnerai le diagnostic différentiel de la rougeole d'avec la *scarlatine* et la *miliaire rouge*, à propos de la description de ces maladies.

Quant à la *roséole*, il n'y a aucune différence entre elle et la variété bénigne de la rougeole pour tout ce qui concerne la forme et la couleur des taches. Néanmoins, les seuls cas qui présentent de la difficulté pour distinguer ces deux affections sont ceux qui surviennent chez les

enfants nouveau-nés, quand il s'agit d'une roséole couvrant toute la surface du corps. Et, même alors, il existe des bases suffisantes pour asseoir un diagnostic. En effet, les symptômes catarrhaux manquent: aucune fièvre ne précède ni n'accompagne l'éruption ; celle-ci n'occupe pas de place définie, et ne s'étend pas dans un ordre régulier de la face sur le reste du corps. Enfin, la roséole n'a pas de propriétés contagieuses, et ne se rencontre pas épidémiquement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA ROUGEOLE.

Au nombre des changements pathologiques produits par cette maladie, je dois signaler, en premier lieu, l'inflammation catarrhale de la membrane muqueuse des voies respiratoires ; inflammation ne différant cependant nullement dans ses résultats des affections catarrhales ordinaires. Le mucus nasal sécrété, dans ces cas, est d'abord transparent, plus tard il devient opaque. Il présente toujours une réaction alcaline, jamais acide.

Il reste à la chimie pathologique à rechercher de quelle manière le liquide sanguin est altéré par la rougeole. Dans la plupart des cas mortels, on a trouvé après la mort le sang d'une couleur bleuâtre ou rouge-brun ; il est rare qu'il soit coagulé complétement. Il est quelquefois épais comme du goudron, d'autres fois clair et d'une teinte rouge-cerise.

L'éruption consiste essentiellement dans une exsudation autour des orifices des follicules pileux. Ceux-ci s'élèvent par conséquent au-dessus du niveau de la peau, en formant de petites papules, ou même des vésicules, si les ouvertures des canaux viennent à se fermer. En même temps, il y a une injection superficielle des téguments environnants; mais, comme elle est limitée en général par les sillons cutanés, elle ne présente pas l'apparence d'un cercle inflammatoire. Les taches les plus grandes sont formées par la réunion de taches plus petites. G. Simon prétend, d'après ses recherches, que l'épiderme est néanmoins en contact immédiat avec le chorion, mais qu'il est légèrement soulevé dans les points où existent les papules. Cet observateur n'a trouvé aucun changement dans les follicules pileux, dans les glandes sébacées, ni même dans les papilles de la peau.

SUITES DE LA ROUGEOLE.

Sous ce titre, je comprends les affections qui, *bien que résultant de*

la maladie, surviennent néanmoins après sa terminaison, et continuent à titre d'affections indépendantes; de sorte qu'elles sont causées par l'exanthème, sans qu'on puisse dire qu'elles modifient en aucune manière son développement ou sa marche. Je ne regarde pas comme des *suites* de la rougeole des désordres qui sont seulement associés accidentellement avec elle.

On doit considérer ces affections comme des effets des conditions qui existaient avant l'apparition de la rougeole. Il en est ainsi de divers états morbides de l'économie, et notamment de la tuberculose, de la scrofule, du rachitisme et de la chlorose ; il en est de même également d'autres circonstances préjudiciables à la santé du malade, telles que des maladies antérieures, une habitation humide, ou (chez les enfants) l'absence de soins et la mauvaise nourriture. On accuse souvent l'exanthème lui-même de produire ces suites; mais, quoique cela puisse être vrai pour les maladies locales, il n'en est jamais ainsi, d'après mon expérience, de celles qui affectent tout l'organisme. Quel que soit le traitement qui ait été institué, et même si on a laissé la maladie suivre son cours sans intervenir, je ne l'ai jamais vu donner naissance à une affection consécutive dont le germe n'existait pas avant que le malade fût atteint de rougeole.

Les principales suites de la rougeole sont :

1. *Ozène catarrhal.* Il survient non-seulement chez les enfants évidemment scrofuleux au moment où ils ont pris la rougeole, mais aussi chez ceux qui n'avaient antérieurement présenté aucun signe de cette diathèse.

2. *Ophthalmie chronique.* — Cette maladie se manifeste tantôt sous la forme d'une affection pustuleuse et tantôt sous celle d'une inflammation des glandes de Meibomius (*eczema, seu achor ciliorum*). La dernière est une lésion très-tenace, et on l'observe fréquemment pendant l'hiver à la suite de la rougeole, principalement chez les pauvres gens qui habitent des chambres étroites et des maisons humides.

3. *Inflammation chronique du larynx, de la trachée et des tuyaux bronchiques.*

4. *Pneumonie lobulaire.* — C'est la plus commune de toutes les suites de la rougeole; on la rencontre dans toutes les épidémies de cette affection.

Comme je l'ai indiqué en parlant des complications de cet exanthème, la pneumonie lobulaire survient souvent au moment où l'éruption se déclare; mais même dans ce cas elle se prolonge toujours beaucoup au delà de la durée ordinaire de la rougeole. Dans quelques

cas, elle débute vers la fin de la maladie, et même quelques semaines plus tard. Cette suite se voit surtout chez les enfants entre deux et six ans, et qui sont atteints d'affections tuberculeuses ou scrofuleuses.

5. *Tuberculose chronique.*— Pendant les épidémies de rougeole, on a trop souvent l'occasion d'observer la maladie tuberculeuse chronique des poumons à la suite de cet exanthème, et l'on sait que cette affection se rencontre spécialement chez les personnes qui ont souffert de quelque maladie scrofuleuse avant d'avoir été attaquées par la rougeole, ou chez lesquelles les glandes lymphatiques ou les poumons eux-mêmes étaient déjà le siége de dépôts tuberculeux disséminés (tuberculöse, phthisische Anlage), même s'ils n'avaient donné lieu à aucun symptôme marqué.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il ne semble donc pas vraisemblable que ce soit l'exanthème qui dans ces cas sème d'abord les germes de la phthisie pulmonaire. Il est beaucoup plus probable que la bronchite ou la pneumonie, lorsqu'elles se prolongent, produisent quelquefois un dépôt de matière tuberculeuse, et que, dans d'autres circonstances, des affections tuberculeuses, latentes jusqu'à ce moment, s'aggravent par des bronchites successives, de sorte que de nouvelles granulations grises se développent et amènent une forme progressive de la maladie pulmonaire chronique. Ainsi, il est rare que la rougeole se convertisse directement en phthisie par la transformation en tubercules de l'exsudation pneumonique déposée récemment dans le tissu pulmonaire. Dans la majorité des cas, l'exanthème donne lieu simplement à une maladie inflammatoire des poumons, et appelle ainsi à l'activité des germes qui existaient déjà auparavant, quoique ne se manifestant par aucun symptôme. Il n'y a rien de particulier dans la marche ni dans les résultats nécroscopiques des affections tuberculeuses consécutives à la rougeole.

6. *Affections diphthéritiques* de la muqueuse buccale, ou, chez les petites filles, des *labia pudenda.*

7. *Gangrène.* — C'est, heureusement, une des suites les plus rares de la rougeole. Elle peut attaquer les parois de la cavité buccale, les organes génitaux de la femme, ou même, quoique moins fréquemment, d'autres parties du corps. Ces affections commencent quelquefois pendant le *stadium floritionis*, mais le plus habituellement pas avant que la desquamation ne se produise. L'expérience enseigne que leur présence est favorisée par l'existence de certains désordres locaux, ou par quelqu'une des complications de la maladie primitive.

Après la bouche et les organes génitaux de la femme, les régions du corps les plus sujettes à être attaquées par la gangrène consécutive à la rougeole sont les suivantes : le conduit auditif externe, dans les cas où a existé une otorrhée eczémateuse (*otorrhœa eczematosa*), le lobule de l'oreille, si des excoriations eczémateuses s'y trouvaient déjà, les ailes du nez chez les enfants scrofuleux. Mais elle peut survenir sur tous les endroits affectés d'ulcération ou de maladie cutanée.

Ces différentes formes de gangrène ne sont cependant en aucune façon aussi intimement liées à l'exanthème que les deux variétés que j'ai d'abord mentionnées.

Telles sont les plus communes des maladies qui, consécutives à la rougeole, ont une relation causale avec elle. Ces suites diffèrent essentiellement de celles qui surviennent accidentellement après que l'exanthème a accompli son évolution (telles que, par exemple, les fièvres, les hydropisies et les affections névralgiques), ou qui proviennent d'une infection postérieure due à quelque autre désordre contagieux, comme le typhus, la scarlatine, ou la petite vérole.

PRONOSTIC DE LA ROUGEOLE.

La marche et la terminaison de cette affection varient considérablement, suivant qu'elle est simple ou qu'elle est accompagnée de complications et de suites.

En général, on peut dire que les épidémies de rougeole présentent un caractère moins grave que celles de la scarlatine et de la variole.

Le cours de la maladie pris individuellement dépend en partie de la nature de l'épidémie, en partie de l'état antérieur de la santé du malade.

Les conditions suivantes nous permettront, en règle générale, d'espérer une terminaison favorable d'un cas de rougeole : la fièvre modérée, excepté pendant les exacerbations du soir; le pouls ne dépassant pas 120 battements à la minute (1), et la température inférieure à 100 degrés F. (38°,C.); en outre, la chaleur et le pouls doivent commencer à tomber aussitôt que l'éruption est entièrement sortie, et décroître ensuite par degrés. La peau restant moite, aucune disproportion ne se faisant remarquer entre le degré de la fièvre et celui de la

(1) Stoll, Trousseau et M. le professeur Teissier (de Lyon), etc., insistent beaucoup, au point de vue du diagnostic et du pronostic, sur l'importance de la persistance de la fièvre à partir du troisième jour de l'éruption ; persistance qui indique presque toujours l'existence d'une pneumonie. Stoll appelait cette fièvre *febris peripneumonica*.

(A. D.)

débilité musculaire; la respiration, même si elle est accélérée, demeurant toujours profonde, et ne donnant lieu à aucune douleur particulière; la toux étant légère et dégagée, et diminuant aussitôt que l'éruption disparaît. Cette dernière conservant sa couleur habituelle et une durée normale, n'allant pas au delà de trois jours. Enfin, on portera un bon pronostic si le sujet n'est pas très-jeune, ayant au moins plus d'un an.

Les symptômes qu'il faut regarder comme défavorables sont les suivants : une grande faiblesse ou de l'excitation au début de la fièvre; la peau sèche et chaude; le pouls dur et très-rapide; la respiration pénible, très-accélérée et accompagnée d'une petite toux. C'est encore un mauvais signe lorsque l'éruption se flétrit, ou change de couleur, ou disparaît avant l'époque fixée, ou d'autre part, si elle persiste plus longtemps que d'habitude. Cette maladie est très-grave chez les personnes ayant une mauvaise alimentation et chez celles qui sont rachitiques, tuberculeuses ou scrofuleuses, et particulièrement chez les enfants âgés de moins d'un an.

Il y a aussi certains symptômes spéciaux qui nous conduisent à pronostiquer une terminaison défavorable, tels sont : des épistaxis profuses; le croup, mais seulement lorsqu'il survient entre le cinquième et le septième jour de la maladie, quand l'éruption est complétement sortie, car cette complication est en général exempte de danger lorsqu'elle apparaît au début de la rougeole; la trachéite ou la bronchite, si elles sont intenses, et notamment chez les enfants rachitiques; la pneumonie lobaire ou lobulaire, surtout chez les sujets jeunes, et enfin, le scorbut, qui habituellement prolonge beaucoup la durée de la maladie. Une terminaison fatale s'observe dans presque tous les cas compliqués de gangrène, de tuberculose ou de ce que j'ai appelé la dissolution morbilleuse du sang.

Parmi les suites, les formes chroniques d'ophthalmie, de trachéite et de bronchite, sont remarquables, principalement chez les sujets scrofuleux, par leur ténacité et leur tendance à la récidive.

ÉTIOLOGIE DE LA ROUGEOLE.

Il n'est pas en notre pouvoir de produire sous une forme visible ou tangible les principes contagieux de la rougeole; mais l'expérience a maintes fois démontré qu'un seul individu peut infecter des familles entières et même des communes; et ce fait est certainement suffisant pour réfuter l'opinion de ceux qui attribuent la rougeole à une

influence atmosphérique ou tellurique d'une espèce inconnue. Pour prouver que cette maladie est contagieuse, je n'ai pas besoin de renvoyer aux épidémies qui ont sévi dans des îles éloignées, où elles ont été très-fatales aux naturels; quoique survenant seulement lorsque des étrangers les y avaient introduites. Dans notre propre pays, et dans les conditions où nous vivons nous-mêmes, on a de fréquentes occasions d'observer des cas dans lesquels une épidémie complète a été engendrée par la présence de la rougeole chez un membre d'une famille, ou par l'admission d'un seul individu atteint de cette affection parmi les malades d'une infirmerie, d'un atelier, et surtout d'un hôpital d'enfants.

Les sécrétions de la muqueuse respiratoire semblent être le véhicule ordinaire des principes infectieux de la rougeole. Mais le sang peut également remplir ce rôle, comme l'ont prouvé les expériences de Home (1757), Speranza (1812), et Katona (1842), qui tous ont pratiqué des inoculations avec ce liquide. Cependant, des inoculations que j'ai faites (Mayr) moi-même, en 1848 et en 1852, ont produit des résultats négatifs.

La transpiration cutanée aussi, doit être probablement rangée parmi les modes de contagion de cette maladie.

Comme preuve de ces assertions, je puis mentionner les faits suivants :

Quand des enfants affectés de rougeole ont été réunis à d'autres pendant le *stadium prodromorum*, avant que l'éruption soit sortie, ils ont communiqué la maladie à leurs compagnons, même lorsqu'on les a éloignés dès la première apparition de l'exanthème. L'affection s'est déclarée environ quinze jours après chez ceux qui avaient été ainsi infectés.

En septembre 1851, un enfant atteint de symptômes catarrhaux bien marqués, mais sans présenter d'éruption, fut amené par ses parents dans un endroit éloigné de deux milles de Vienne. En ce lieu, aucun cas de rougeole ne s'était manifesté jusqu'à ce moment. Ils y restèrent un jour seulement, pendant lequel l'enfant fut mis en contact avec un autre garçon, âgé de quatre ans, appartenant à un ami. Le second jour, après son retour à Vienne, une éruption de rougeole sortit chez le premier enfant; et une quinzaine de jours plus tard, l'autre enfant, à deux milles de là, fut attaqué de la même maladie.

Ce fait me suggéra (Mayr) l'idée de prouver que le mucus nasal est susceptible de propager la rougeole en transportant cette substance sur d'autres individus. J'exécutai donc cette expérience sur deux enfants

en bonne santé, vivant à distance l'un de l'autre, et lorsque l'affection avait cessé d'être épidémique. Un peu de mucus nasal, pris sur le malade pendant le *stadium floritionis* de la rougeole et conservé liquide dans un tube de verre, fut le même jour placé sur la muqueuse de chacun de ces enfants. Chez l'un d'eux, les premiers symptômes d'éternuement apparurent huit jours après, chez l'autre, vers la fin du neuvième jour ; et deux jours plus tard, les symptômes fébriles commencèrent. Chez les deux enfants, l'éruption fit son apparition le troisième jour après l'infection; la maladie fut bénigne et suivit son cours normal.

J'ai aussi essayé de communiquer la rougeole en transférant sur d'autres enfants des portions d'épiderme tombé pendant le *stadium desquamationis*, mais mes expériences ont échoué. Ce résultat s'accorde avec les opinions émises antérieurement par Alexandre Monro; mais il y avait eu cependant, des discussions fréquentes sur l'exactitude de l'opinion que la maladie ne pouvait pas se transmettre par cette voie.

Ainsi, à ce point de vue, les produits du processus de desquamation dans la rougeole diffèrent complétement des croûtes de la variole; car ces dernières, comme on le sait bien, possèdent des propriétés contagieuses (1).

Nous sommes ainsi en mesure d'affirmer positivement que la rougeole ne peut être communiquée par des vêtements, du linge, ou d'autres objets, à moins qu'on ne les transporte immédiatement d'un individu à un autre. En outre, un tiers, tel qu'un médecin ou un serviteur, ne peut transmettre la maladie, à moins, toutefois, qu'il n'ait séjourné pendant longtemps dans une atmosphère saturée de contagium, et que bientôt après, sans avoir été beaucoup à l'air libre, il ne se mette en contact avec des personnes susceptibles de contracter la maladie.

Des faits relatés plus haut, il résulte également qu'il est utile de conserver la mesure généralement adoptée quand cet exanthème at-

(1) Comme, en fait d'inoculation, il est admis que des résultats négatifs ne prouvent qu'autant qu'ils sont très-multipliés, il eût convenu que M. le professeur Hebra nous fît connaître le nombre de ses expérimentations. Il faut également signaler le vague des mots *transférer*, *transporter*, les seuls dont il se serve pour décrire ses expériences. La vésication ayant souvent réussi, ou syphiligraphie, là où l'inoculation avait échoué, les travaux de M. Chauveau (de Lyon) ayant d'ailleurs montré que, plus est grande la quantité du liquide virulent employé, plus il y a de chances pour qu'il contagionne, on comprend combien est fondé notre désir de voir mettre plus de précision dans le récit des expériences qu'on fait sur la transmissibilité des maladies. (A. D.)

taque quelques membres d'une famille, de séparer des autres ceux chez lesquels la maladie s'est déclarée. Car, dès que les symptômes catarrhaux apparaissent sur un seul enfant, le danger de l'infection ne peut être évité (ist gegeben). On en a une preuve dans la rapidité avec laquelle cette maladie se propage parmi les petits garçons et les petites filles qui fréquentent ensemble l'école ou l'église, ou qui vivent dans le même établissement. On entend souvent manifester de la surprise lorsqu'un enfant prend la rougeole après un autre, bien qu'on ait pris le plus grand soin qu'aucun de ceux chez lesquels l'éruption s'est déclarée, ne se trouve en contact avec leurs camarades d'école jusqu'à la terminaison complète du processus de desquamation. Mais la déception provient de ce qu'on n'a pas commencé à les éloigner dès le début des symptômes catarrhaux.

Chacun peut être contagionné par cet exanthème. Pendant les épidémies graves, les adultes qui y ont échappé jusqu'à ce moment sont attaqués aussi bien que les enfants. En effet, l'immunité générale des personnes parvenues à leur développement est due simplement à ce que, dans les parties de l'Europe où la population est agglomérée, la plupart des habitants prennent la rougeole entre deux et huit ans, et que, en règle générale, cette maladie n'apparaît pas deux fois sur le même individu. Il est rare, toutefois, de l'observer chez les enfants immédiatement après leur naissance ou pendant qu'ils sont à la mamelle, ou bien encore chez les personnes très-âgées.

Je suis incapable, par ma propre expérience, de confirmer les assertions de Girtanner, Vogel et Guersant, qui prétendent que des enfants sont quelquefois affectés de rougeole avant leur naissance.

La grossesse ne met pas à l'abri de cet exanthème, et l'existence de quelque autre maladie (telles que le choléra, le typhus, la variole, la scarlatine, ou une inflammation du cerveau, du tube intestinal, des membranes séreuses), n'empêchent pas de contracter la rougeole. L'éruption cependant, ne sort pas tant qu'une de ces maladies existe; elle apparaît seulement lorsque ces dernières diminuent. Aussi cet exanthème est-il fréquemment observé dans le cours de la convalescence d'une affection aiguë, lorsque le malade durant sa première indisposition s'est trouvé en contact avec des personnes atteintes de rougeole.

Les enfants affectés d'une maladie chronique, notamment si elle est de nature scrofuleuse, sont très-exposés à la contagion de la rougeole. Il en est surtout ainsi pour ceux qui souffrent d'une maladie de la muqueuse respiratoire, telle que toux convulsive, bronchite ou

tuberculose ; d'un autre côté, les enfants atteints d'épilepsie, de chorée, ou de paralysie ont une force extraordinaire de résistance à la contagion.

La disposition à prendre la rougeole est, en général, épuisée par une seule attaque de la maladie. Mais dans des cas exceptionnels, lorsque cet exanthème est épidémique, on voit des adultes qui en sont affectés pour la seconde fois, après l'avoir déjà eu pendant leur enfance. En effet, le degré d'immunité après la rougeole est probablement le même qu'après la variole.

Un changement de résidence ou des conditions habituelles de la vie peuvent procurer de nouvelles occasions de contracter cette maladie, comme du reste tout autre exanthème aigu.

On ne possède encore aucun moyen de détruire cette disposition à prendre la rougeole, même pour un certain temps, ou pendant que la maladie est épidémique. Le camphre et le soufre ont été vantés comme prophylactiques; mais les expériences qu'on en a fait ont donné des résultats négatifs. Il n'y a pas grand avantage à transporter directement la rougeole d'un individu à un autre, de la manière décrite ci-dessus; car cela reproduit simplement la première maladie sans aucune atténuation dans son intensité ; et ce procédé ne diminue même pas les probabilités de l'apparition des complications ou des suites.

J'ai encore à faire quelques remarques par rapport à la prédominance de cette maladie sous une forme épidémique.

D'après mon expérience actuelle, des épidémies de peu d'importance surviennent environ tous les deux ou trois ans; les plus graves à un intervalle de huit ou dix ans. Elles peuvent se présenter à chaque saison, mais sont plus communes pendant l'automne et l'hiver, que pendant le printemps et l'été. Elles attaquent les habitants des villes populeuses plus gravement que la population rurale.

Il y a une relation définie entre l'intensité du début d'une épidémie de rougeole et sa durée, cette dernière étant en général d'autant plus courte que l'épidémie a été d'abord plus violente. Ce qu'on appelle le *génie épidémique* de la maladie ne dépend pas d'une qualité spéciale maligne ou bénigne du principe contagieux, mais de diverses circonstances, parmi lesquelles sont le temps, la saison de l'année, et la nature des autres affections qui se trouvent régner à cette époque ou qui ont été récemment épidémiques. Ainsi, ce qu'on nomme le caractère *septique, gastrique* ou *torpide* (torpide) de certaines épidémies de rougeole doit indubitablement être attribué à l'une des conditions que je viens de mentionner.

Une autre circonstance qui contribue à donner un caractère malin à une épidémie de cette maladie, c'est l'espace de temps qui s'est écoulé depuis qu'elle a régné la dernière fois. Plus les épidémies sont fréquentes dans une région, plus leur marche est bénigne; attendu que l'expérience a montré que cet exanthème revêt sa forme la plus dangereuse dans les régions où il n'avait jamais existé auparavant, ou du moins on ne l'avait pas observé depuis longtemps. C'est ce qui est arrivé, par exemple, aux îles Faröe, Madère et Sainte-Hélène, et encore plus chez les Indiens de l'Amérique du Nord.

Les affections qu'on rencontre le plus fréquemment comme précurseurs d'une épidémie de rougeole, sont les maladies inflammatoires des organes respiratoires, la grippe et la toux convulsive. En outre, il n'y a pas d'affection qui suive de telles épidémies aussi communément que la toux rauque, qu'on peut ainsi regarder comme ayant une relation particulièrement étroite avec la rougeole. Cet exanthème ne règne, en effet, jamais d'une manière générale sans qu'elle lui soit associée comme un précurseur, une complication ou une suite.

Les épidémies de rougeole s'observent dans les climats chauds aussi bien que dans les zones tempérées ; mais dans les régions très-froides elles semblent être moins communes, et, par conséquent, avoir un cours plus grave.

TRAITEMENT DE LA ROUGEOLE.

Le traitement de la rougeole sans complications devrait être basé sur la règle, qu'il ne faut pas troubler la marche naturelle de la maladie par des remèdes dont l'action est incertaine.

Nous ne connaissons aucun médicament qui puisse assurer une issue favorable à cette affection. Cela résulte, en effet, de la comparaison des cas qui ont suivi leur cours sans intervention médicale avec ceux qui ont été traités selon les différents systèmes du passé, ou même des temps les plus modernes. Quelque conduite qu'on ait tenue, le résultat est très-probablement le même. Il est bon, cependant, d'interdire les remèdes diaphorétiques et altérants; ils n'aident nullement l'exanthème quand il accomplit son évolution normale, et peuvent favoriser l'apparition des complications, qu'ils n'ont certainement aucun pouvoir d'empêcher.

Le médecin, alors, a seulement à régler les conditions extérieures dans lesquelles le sujet est placé, de manière que la maladie parcoure favorablement ses périodes. Ainsi, le repos doit être ordonné,

et la température maintenue uniforme tant que dure la fièvre ; mais il ne faut pas que le malade reste au lit plus longtemps que cela n'est nécessaire, il devrait être légèrement couvert et non enfoncé dans les oreillers. Les enfants, pour lesquels le séjour au lit est particulièrement pénible, peuvent être, s'ils sont bien enveloppés, promenés dans l'appartement. La température de la chambre du malade ne doit pas dépasser 64 ou 66 degrés Fanrenheit (18° C.), et il faut y faire entrer de l'air frais au moins une fois par jour. Une lumière très-vive peut être nuisible, s'il y a une ophthalmie grave, mais pas autrement.

Lorsque la maladie est bénigne et a atteint sa seconde ou sa troisième période, les goûts du malade seront, dans de certaines limites, pris pour guide en matière de nourriture, spécialement pour les enfants. Par exemple, du bouillon et du lait peuvent être donnés alternativement. Même pendant que la fièvre continue, il est essentiel de tenir la peau propre. Les linges sales ou humides seront changés immédiatement et remplacés par d'autres qui soient avant tout parfaitement aérés. La figure du malade, ou même le reste du corps, en cas de malpropreté, devront être lavés avec de l'eau tiède ; et si la peau est extrêmement chaude et sèche, on procurera un grand soulagement en conseillant des ablutions d'eau chaude, ou des onctions avec une substance grasse.

Quand la fièvre et la toux ont diminué ou ont tout à fait disparu, on restaurera les forces du malade à l'aide d'une nourriture fortifiante, plutôt que par des remèdes toniques.

Après la terminaison de la rougeole, c'est-à-dire après le quatorzième jour, la convalescence sera favorisée par l'usage de bains chauds seuls ou associés avec des ablutions froides. C'était autrefois la règle, et elle existe malheureusement encore quelquefois dans la pratique, de confiner le malade à la maison pendant une période fixe d'un mois à six semaines. Cela est non-seulement inutile, mais peut même être nuisible à une personne faible, en la privant pendant un certain temps d'un air sain et rafraîchissant. Quoiqu'on ait souvent dit que *« des coups froids »* étaient une source de danger dans la rougeole, c'est en réalité très-rarement le point de départ d'effets fâcheux. Car l'expérience montre que les enfants de parents pauvres traversent heureusement les phases de cette maladie, quoique placés dans les plus mauvaises conditions et exposés à la température la plus rude; tandis que, d'un autre côté, des enfants tenus constamment au lit sont particulièrement sujets aux affections catarrhales, non-seulement parce qu'on les rend ainsi artificiellement plus délicats et plus aptes à prendre

froid, mais aussi parce que la durée de la maladie est beaucoup plus longue dans ces circonstances (1).

C'est contre les *complications* de la rougeole que le traitement doit être dirigé uniquement et entièrement. Il est évident que si le malade passe par un exanthème, ce n'est pas une raison pour ne pas lui prescrire les remèdes appropriés.

Quant aux suites, il faut toujours avoir présent à l'esprit que ces affections sont souvent le résultat de la scrofule, de la tuberculose, de l'anémie, ou de l'absence d'une nourriture convenable. L'emploi des remèdes internes indiqué par l'existence d'une de ces conditions, deviendra cependant inutile dans la plupart des cas par la marche rapide de ces suites ; et par conséquent des applications locales constituent la partie la plus importante du traitement.

CHAPITRE IX

SCARLATINE, FIÈVRE SCARLATINE.

IVe classe (suite). — **Dermatoses contagieuses, aiguës, exsudatives.**

(Febris scarlatinosa, angina maligna, angina erysipelatosa, rossalia, rossania, scharlach, scharlachfieber, etc.)

C'est en raison de la couleur écarlate de l'éruption dans cette maladie, que le nom de *Scharlach* lui a été donné par des médecins allemands; et Sydenham a sans doute latinisé cette expression. Des auteurs plus anciens appelaient cette affection Rosalia, Rossalia et Rossania. On ne peut déterminer, d'après les ouvrages des Grecs, des

(1) Nous croyons qu'il y a une conduite intermédiaire à tenir entre les soins exagérés et une réclusion de trop longue durée que certaines personnes imposent aux enfants affectés de rougeole, et l'incurie ou la fâcheuse habitude des ouvriers et des gens de la campagne qui laissent ces enfants au grand air pendant la maladie, ou sortir immédiatement après la période d'éruption. Il nous semble qu'une saine pratique exige que, tout en évitant l'affaiblissement général et défavorable qui doit résulter d'un séjour trop prolongé à la chambre, on tienne compte de la saison régnante et qu'on n'expose pas les malades trop tôt à un air froid et humide qui peut, comme on le voit si souvent dans les hôpitaux, produire des bronchites obstinées, des ophthalmies, des ostéites, des anasarques ou des adénites rebelles qui ne sont que la conséquence d'un manque de soins pendant les semaines qui suivent la période d'éruption de la rougeole. (A. D.)

Romains et des Arabes, s'ils l'ont connue. Car la première description d'une affection épidémique ressemblant à notre scarlatine plutôt qu'à toute autre maladie est celle qu'ont donnée Ingrassias de Palerme et Coyttarus de Poitiers dans le milieu du XVIe siècle. Les traits caractéristiques de cet exanthème peuvent être reconnus sans aucune méprise dans les écrits de Sennert et de Döring qui ont vu la scarlatine sous une forme épidémique au commencement du XVIIe siècle. Vers la fin du même siècle, Sydenham et Morton publièrent les résultats de leurs observations sur les épidémies qui avaient régné à Londres. De ces auteurs, le premier admettait que la scarlatine est une affection *sui generis*, tandis que le second soutenait qu'elle est identique avec la rougeole. Après cette époque, le nombre des mémoires et des ouvrages publiés sur cette maladie s'accrut avec rapidité, quoiqu'ils contiennent comparativement peu de choses nouvelles. Les auteurs de l'école d'histoire naturelle ont placé la scarlatine dans les érysipélacées.

La littérature ancienne de cette maladie a été recueillie avec soin et habileté, par J. Franck (1), et aussi par Most (2); les écrits plus modernes sur le même sujet ont été analysés par Canstatt (3), et l'on trouvera encore les ouvrages les plus récents énumérés dans le « Handbuch der Pathologie und Therapie » de Wunderlich (4).

SYMPTÔMES DE LA SCARLATINE.

La scarlatine est une maladie générale, se manifestant par une éruption écarlate qui couvre toute la surface du corps ou au moins une grande partie, accompagnée de fièvre ainsi que d'une affection inflammatoire plus ou moins intense des organes de la déglutition. Elle a une marche aiguë, et est contagieuse.

Les auteurs ont posé des règles très-différentes, quant à la longueur de la période d'incubation ou période latente dans la scarlatine. Suivant quelques-uns, elle peut varier de trois jours à un mois; tandis que d'autres la limitent à six ou sept jours. Dans certains cas, il a été positivement prouvé que, dès le quatrième ou le cinquième jour après l'infection, le pouls s'est sensiblement accéléré, un léger mal de tête, un malaise passager et de la faiblesse se sont fait sentir. Très-souvent cependant, le premier degré de la maladie, le *stadium prodromorum*,

(1) « Grundsätze der gesammt. prakt. Heilkunde ». Leipzig, 1843, IV, Theil, p. 348.
(2) « Versuch einer kritischen Bearbeitung der Geschichte des Scharlachfiebers ». Leipzig, 1826, Band II, p. 345.
(3) « Jahresbericht », vol. II, pp. 101-105.
(4) Band II, 1 Abtheil., p. 544.

s'établit subitement avec une fièvre intense, sans avoir été précédé par aucun de ces symptômes.

I. Période prodromique (stadium prodromorum).

Pour ce qui regarde le nombre et la gravité des symptômes observés pendant cette période, il est impossible de poser aucune règle qu'on puisse regarder comme bonne dans tous les cas. Mais l'observation d'un grand nombre de scarlatines permet de donner une esquisse de ce qu'on peut considérer approximativement comme la forme typique (Prototyp) de la scarlatine.

Ainsi, il y a des *symptômes fébriles*, comme l'indiquent le pouls qui devient plus fréquent, atteignant jusqu'à 140 pulsations à la minute, la chaleur et la sécheresse de la peau, dont la température va quelquefois jusqu'à 104 degrés Fahrenheit (40° C.)

Le *symptôme concomitant* capital de cette période de la scarlatine consiste en une rougeur et un gonflement des amygdales et du voile du palais. Cette rougeur inflammatoire s'étend quelquefois des parties d'abord affectées en avant à la langue, et en arrière à la muqueuse du pharynx; mais elle envahit rarement la membrane de Schneider, ainsi que la conjonctive, et moins souvent encore la muqueuse du larynx et de la trachée.

En même temps le malade a des nausées ou même des vomissements, et est fréquemment dans un état d'assoupissement. Les symptômes subjectifs qu'il accuse sont de la difficulté à avaler, des sensations de sécheresse et de brûlure à la gorge, de la pesanteur de tête, des étourdissements, ou même une céphalalgie intense. Il y a aussi une grande dépression musculaire, et les enfants présentent souvent du coma et du délire. Les convulsions se rencontrent également au nombre des symptômes les plus communs; tandis que le malade se plaint beaucoup moins souvent d'une ophthalmie, d'un catarrhe sérieux, ou d'une toux fatigante. Cette période peut durer seulement quelques heures ou jusqu'à trois jours.

II. Période d'éruption (stadium eruptionis).

Les symptômes fébriles et concomitants diminuent graduellement pendant cette période.

Symptômes exanthématiques. — Les premiers signes de l'éruption écarlate s'observent sur le cou et la partie supérieure de la poitrine; elle apparaît sous forme de petits points rouges, très-rapprochés et

lisses, de sorte que la partie semble uniformément rouge. La face reste, en général, indemne de cette efflorescence, si ce n'est qu'elle est légèrement congestionnée, et que la fièvre augmente la turgescence de la peau et la coloration rosée des joues. Dans cette période, de même que dans les phases suivantes de l'exanthème, la face ne présente pas ordinairement la véritable éruption scarlatineuse.

Lorsqu'elle commence à se montrer, cette éruption n'a pas une couleur écarlate bien prononcée ; elle a quelquefois une teinte pâle, rouge-rosée, ne différant nullement de celle d'un érythème ordinaire, qui, notamment chez les enfants, s'accompagne souvent de fièvre. D'après les symptômes existants à ce moment, il est, en effet, impossible de déterminer avec certitude la nature de l'affection. On peut tout au plus, quand cet exanthème est épidémique, conjecturer d'après l'aspect général qu'il s'agit d'une scarlatine.

III. Période d'état (stadium floritionis).

Pendant la première partie de cette période, les *symptômes fébriles* et *concomitants* continuent à augmenter d'intensité.

Symptômes exanthématiques. — L'éruption décrite ci-dessus comme étant limitée au cou et à la poitrine, s'étend alors graduellement sur les bras et les avant-bras, et aussi sur le dos, les lombes et les membres inférieurs ; par le fait, elle se répand uniformément sur toutes les parties du corps, mais montre une prédilection spéciale pour les pieds et les mains. C'est alors qu'on peut pour la première fois diagnostiquer positivement la nature de la maladie.

L'efflorescence de la scarlatine présente des nuances diverses, depuis le rose-pâle jusqu'à l'écarlate foncée. Elle s'efface sous la pression du doigt, mais reparaît instantanément, aussitôt qu'elle cesse ; sa réapparition a lieu du centre à la périphérie, ou dans une direction inverse, suivant le degré de la pression et le point où on la pratique.

La période pendant laquelle l'éruption reste visible peut varier d'un seul jour à une semaine ; mais, en règle générale, elle dure trois jours. Ainsi, l'apogée de la scarlatine s'observe habituellement vers le second jour de l'éruption ; après lequel, dans les cas où la maladie suit son cours normal, le pouls devient moins rapide, et les autres symptômes concomitants décroissent. La muqueuse buccale reste pourtant toujours rouge dans toute son étendue, ainsi que la surface de la langue, à moins qu'elle ne soit recouverte d'un enduit blanchâtre ; car, alors, on n'aperçoit la couleur rouge foncée et les papilles hyper-

trophiées qu'au sommet et sur les côtés de cet organe. Dans quelques circonstances, le malade éprouve encore, à cette période de l'affection, de la douleur pendant la déglutition, et la salive est toujours sécrétée en plus grande quantité. L'urine est rare, il y a en général de la constipation.

Les symptômes subjectifs, dont se plaint le malade, consistent en sensations de picotement, de démangeaison, ou même de brûlure à la peau. Je n'ai jamais pu reconnaître dans cette affection aucune odeur caractéristique, bien que Heine prétende qu'il peut découvrir une odeur semblable à celle de fromages moisis, ou de tanières de bêtes fauves.

Quand l'efflorescence commence à disparaître, l'ordre de succession dans lequel elle se flétrit sur les différentes régions du corps est le même que celui qu'elle observe quand elle fait son apparition. Au bout de deux ou trois jours, toutes les parties affectées présentent une couleur brunâtre, due à la pigmentation, et proportionnelle en intensité à celle de l'éruption écarlate qui l'avait précédée. Pendant la même période, la température de la peau et la fréquence du pouls redeviennent normales, et l'état inflammatoire de la muqueuse buccale et pharyngienne diminue graduellement. Les évacuations alvines sont souvent plus liquides, et aussi plus abondantes. L'urine, également, augmente en quantité, et des traces d'albumine, ainsi que de nombreuses cellules épithéliales, s'y rencontrent fréquemment, même à cette période de la maladie, quoiqu'elles y apparaissent souvent pour très-peu de temps. La durée ordinaire du *stadium floritionis*, jusqu'au commencement de la desquamation, est d'environ six jours.

IV. Période de desquamation (stadium desquamationis).

Pendant cette période, les *symptômes fébriles* et *concomitants* continuent constamment à décliner.

Le seul *symptôme exanthématique* est la desquamation. Elle commence sur le cou, à l'endroit où l'éruption apparaît d'abord, et où elle commence aussi à se flétrir. L'épiderme de cette partie s'exfolie en général sous forme de lamelles fines, de sorte qu'on voit des portions de peau d'une étendue plus ou moins grande, quoique saines, entourées d'un liséré blanc. Suivant l'intensité de l'efflorescence précédente, le mode de desquamation est différent. Ainsi, l'épiderme se sépare quelquefois en larges plaques, et même (aux doigts, par exemple) comme un gant membraneux complet (*Desquamatio membranacea*); tandis que,

dans d'autres circonstances, il forme des écailles semblables à du son (*Desquamatio furfuracea*). La première variété s'observe ordinairement sur les mains, les pieds, les avant-bras et les jambes; la seconde sur les autres parties du corps. Wittering et Most ont assuré que dans quelques cas de scarlatine ils ont vu tomber les cheveux et les ongles. Quelque légère que soit la desquamation, on peut toujours en découvrir des traces sur la poitrine et sur les côtés du cou. Elle dure, en moyenne, environ quinze jours; mais sur les doigts, la paume des mains et la plante des pieds, il lui faut pour qu'elle s'achève plus de temps que sur d'autres régions du corps.

D'après cette description, le cours entier de la scarlatine, du commencement du *stadium prodromorum* à la fin de la période de desquamation, dure de deux à trois semaines.

VARIÉTÉS DE SCARLATINE.

L'esquisse que je viens de donner de cet exanthème s'applique à la forme qui prédomine dans les cas sporadiques et dans les épidémies bénignes. Mais dans quelques circonstances, la maladie dévie entièrement de ce type normal; et ces irrégularités s'observent baucoup plus fréquemment dans la scarlatine que dans la rougeole ou dans la variole. La scarlatine est alors, dans ses symptômes et dans son cours, la plus irrégulière des trois fièvres éruptives contagieuses; de sorte qu'il est par le fait impossible de mentionner toutes les variétés qui se présentent dans la pratique. Je me contenterai donc de décrire les modifications les plus importantes de cet exanthème, en négligeant celles qui ont une moins grande valeur.

1. Prolongation de la période latente.

D'après mes propres observations, l'intervalle entre la présence de l'infection et le début de la maladie, s'étend dans quelques cas jusqu'à une quinzaine de jours. MM. Rilliet et Barthez assurent, il est vrai, que des périodes encore plus longues, telles qu'un mois ou même quarante jours, peuvent s'écouler après l'exposition à la contagion. Sur ce point, cependant, je ne voudrais pas m'aventurer à donner une opinion positive. Une prolongation dans la période d'incubation s'observe surtout chez les enfants déjà en mauvaise santé, affectés de rachitisme, ou souffrant d'une névrose.

2. Développement irrégulier de l'éruption.

L'efflorescence, dans quelques cas, apparaît tout à coup sans que des symptômes antérieurs aient existé, la fièvre et l'inflammation de la gorge ne survenant qu'ultérieurement. Il faut, toutefois, se rappeler que l'amygdalite et les autres affections qu'on observe en général pendant le *stadium prodromorum* sont souvent, lorsqu'elles se présentent, très-légères, et peuvent être ainsi facilement négligées. En effet, une observation attentive apprend que ce n'est que dans des circonstances très-rares que la rougeur de la muqueuse laryngo-pharyngienne manque totalement.

Une autre variété consiste en ce que l'éruption apparaît en suivant une marche irrégulière. Ainsi, elle se montre quelquefois sur des parties du corps couvertes chaudement, telles que les lombes, le dos, l'abdomen, les coudes et les genoux, plutôt que sur le cou ou la poitrine. Comme les autres exanthèmes, la scarlatine affecte d'abord, et avec le plus d'intensité, les points qui ont été auparavant exposés à une pression ou à une friction (*Erythema traumaticum*). Aussi, pour ne pas commettre de méprise, il ne faut pas oublier qu'une éruption peut appartenir à cette maladie, quoiqu'elle soit pendant un certain temps tout à fait locale.

D'autres fois, l'éruption scarlatineuse survient tout à coup sur toute la surface cutanée, au lieu d'apparaître successivement sur différentes régions du corps. Cela se présente rarement dans les formes sporadiques; on l'observe surtout au début ou à l'apogée d'une épidémie grave.

L'éruption, dans certains cas, se développe imparfaitement, de manière à consister simplement en taches isolées, grandes chacune comme la paume de la main ou même plus, répandues sur différentes parties du corps, la peau restant quelquefois tout à fait saine dans leurs intervalles, se couvrant d'autres fois (mais seulement pendant les exacerbations de la fièvre) d'une éruption fugitive. Sur la surface des membres paralysés, l'efflorescence scarlatineuse manque souvent tout à fait. Enfin, dans quelques circonstances, cette éruption peut être limitée à la moitié latérale du corps.

3. Irrégularités dans la durée ou dans l'intensité de l'éruption.

L'éruption de la scarlatine apparaît quelquefois d'une manière assez passagère pour n'être visible que quelques heures seulement. Ces cas pourraient être alors regardés comme de simples érythèmes, si la

présence des symptômes concomitants, ou le cours prolongé de la maladie, réunis à une constitution épidémique régnante, ne permettaient de faire un diagnostic exact.

D'autres fois on observe tout l'opposé, le *stadium floritionis* se prolonge, de sorte que l'éruption persiste une semaine, ou même dans des circonstances exceptionnelles, plusieurs septénaires. Mais dans ce cas elle ne présente pas la couleur écarlate habituelle, elle prend une teinte livide et se termine par un dépôt pigmentaire brun très-foncé.

Dans une autre variété qu'on rencontre de temps en temps, l'efflorescence est extrêmement intense, toute la surface du corps semble être le siége d'une suffusion sanguine. D'autres fois, elle est si pâle qu'il faut un examen attentif pour découvrir la légère rougeur ponctuée.

Enfin il y a certains cas où l'éruption disparaît et reparaît sucessivement. Ces alternatives, qui surviennent à des intervalles de durée variable, dépendent quelquefois de changements dans le degré de la fièvre, d'autres fois de la présence de maladies internes comme complications de l'exanthème.

4. Irrégularités dans le processus de desquamation.

Dans quelques cas de scarlatine, le commencement de la desquamation est retardé; dans d'autres circonstances, et surtout lorsqu'on a souvent frotté la peau avec des substances huileuses ou grasses, sa durée est beaucoup plus longue que d'ordinaire. Une desquamation excessive est, règle générale, le résultat d'une éruption très-intense, tandis que celle qui est très-légère est habituellement la suite d'une efflorescence non moins bénigne.

5. La « scarlatina sine exanthemate ».

L'usage de cette expression ne peut se justifier que dans des cas tels que le suivant : Plusieurs personnes résidant dans la même localité, et exposées à des influences épidémiques semblables, tombent malades en même temps : quelques-unes présentent, d'une manière bien marquée, tous les symptômes de la scarlatine; d'autres ont seulement de la fièvre et une affection de la gorge, sans que chez ces malades il existe aucune efflorescence, ni, à une période ultérieure, aucune desquamation.

6. Irrégularités dans la forme de l'éruption.

On peut reconnaître les variétés suivantes de l'éruption scarlatineuse :

1° *Scarlatina lævis.* — Efflorescence légère, simple, c'est la forme la plus commune, celle sur laquelle j'ai basé la description que j'ai donnée plus haut.

2° *Scarlatina lævigata.* — Canstatt a désigné sous ce nom une variété plus intense de la maladie, caractérisée par l'apparence brillante de l'éruption et par un degré plus marqué de l'affection des muqueuses.

3° *Scarlatina papulosa.* — Dans cette forme, qu'on rencontre pourtant rarement, de petites papules d'un rouge sombre, qui donnent au toucher une sensation de rugosité de la peau et sont dues à un degré inaccoutumé de gonflement des orifices des follicules pileux, se montrent sur la surface rouge des parties atteintes. Dans certaines circonstances, ces papules s'observent douze ou dix-huit heures avant l'apparition de l'éruption scarlatineuse ordinaire.

4° *Scarlatina miliaris* (Scharlachfriesel). — Cette variété, moins rare que celle que je viens de décrire, est caractérisée par la formation de vésicules blanches situées sur une base rouge et remplies d'un liquide transparent. Elles couvrent souvent de larges étendues de la surface cutanée, mais s'observent principalement sur le tronc. Dans quelques cas de scarlatine, on trouve cependant des groupes de vésicules semblables sur les surfaces internes des bras et des cuisses, ainsi que sur le cou, le dos, la poitrine et l'abdomen. C'est ce qu'on appelle *Miliaria alba.*

5° *Scarlatina variegata* (Der gefleckte Scharlach, Rubeola scarlatinosa). — Dans cette forme de la maladie les points rouges, par lesquels l'éruption débute normalement, s'élargissent de manière à constituer des taches définies, grosses comme des lentilles ou des fèves, et d'un rouge intense. Ces points se trouvent en grand nombre sur les membres et sur le tronc. Toutes les parties de la surface cutanée sont, dans ces cas, couvertes d'une éruption continue et uniforme, mais plus pâle, et les intervalles entre les macules plus foncées n'ont, en conséquence, jamais la couleur normale de la peau. Peu de temps après, ces taches peuvent se réunir et produire ainsi une éruption continue d'une teinte très-prononcée. Dans d'autres circonstances, elles ne subissent aucun changement, et dans tout le cours de la maladie présentent la même apparence que lorsqu'elles ont commencé à se former.

6° *Scarlatina hæmorrhagica seu septica.* — Au lieu de l'éruption fine disséminée, disparaissant promptement sous la pression du doigt, on voit, dans cette variété de la scarlatine, des points rouges bruns, placés très-près les uns des autres, et entourés d'une éruption diffuse d'une

couleur plus pâle. Ces points proviennent d'hémorrhagies, et ne sont pas modifiés par la pression, qui n'efface que l'éruption scarlatineuse située dans les intervalles. Au bout d'un certain temps, ils se réunissent par places, l'éruption qui les entoure prend une apparence bleuâtre, et il se forme ainsi des taches bien définies, larges chacune comme une pièce de 5 francs ou même comme la paume de la main.

Chez les enfants, cette variété de l'éruption scarlatineuse s'observe souvent sur une grande partie de la surface cutanée; mais chez les adultes elle se limite au cou, à la partie inférieure de la poitrine, au dos et à la peau qui recouvre les articulations des membres supérieurs et inférieurs. Quand l'éruption présente cette forme hémorrhagique, les amygdales et les gencives ont en général une coloration extrêmement foncée.

7. Modifications de la scarlatine, dues à sa combinaison avec d'autres affections cutanées.

D'après l'idée que nous nous faisons d'un processus morbide provenant d'une altération spécifique du sang, on ne peut admettre que la scarlatine coexiste jamais avec la variole ou la rougeole chez le même malade; aussi les cas de cette espèce rapportés par certains auteurs doivent-ils être attribués soit à la *scarlatina variegata,* soit à la forme de la variole dans laquelle l'éruption est précédée d'un érythème. En effet, des observations montrent que lorsqu'un individu est atteint successivement par deux de ces maladies, ou bien les progrès de la première sont arrêtés, ou bien la seconde ne se développe pas. Relativement à ce point, Noirot dit : « Lorsque la scarlatine et la rougeole coexistent, la première prédomine généralement; la seconde (ainsi que la variole dans les mêmes circonstances) est, en général, suspendue pendant un certain temps, mais reprend plus tard son cours régulier. » Dans les salles où des malades affectés de divers exanthèmes sont couchés à côté les uns des autres, des personnes atteintes de rougeole ou de variole prennent souvent la scarlatine; mais, lorsque cela arrive, l'éruption scarlatineuse n'éclate que lorsque l'éruption antérieure est entrée dans la période de desquamation, ou même a complétement disparu. On a en effet remarqué que le cours de la variole ou de la rougeole peut être suspendu par une attaque de scarlatine, et reprendre, lorsqu'elle se calme; mais je n'ai jamais eu l'occasion de l'observer moi-même.

Dans quelques cas, avec l'éruption scarlatineuse ordinaire apparais-

sent quelques élevures d'urticaire, ou même des bulles ou des pustules en petit nombre. On les a quelquefois regardées tour à tour comme un pemphigus et un impétigo; mais ce n'est pas exact, car elles s'effacent vite, et ne sont pas remplacées par une nouvelle éruption d'un caractère semblable.

Ainsi que je l'ai déjà indiqué, le *purpura* s'observe combiné avec l'éruption scarlatineuse dans la variété septique ou hémorrhagique de cet exanthème. En outre, dans certains cas, il se présente pendant le *stadium floritionis* comme un symptôme *isolé;* mais il ne modifie pas essentiellement le cours de la maladie.

Les *éruptions chroniques*, telles que l'eczéma, le psoriasis, le prurigo, ou même la gale, n'empêchent pas la scarlatine. Pendant que cet exanthème existe, elles disparaissent pour renaître avec une nouvelle intensité aussitôt qu'il a achevé son cours.

Quand la scarlatine est combinée avec d'autres maladies fébriles, celles-ci, comme on le sait bien, montrent une gravité inusitée. Certains auteurs ont prétendu que cet exanthème est souvent associé avec le typhus et avec l'état puerpéral et se sont même servis des expressions de « *Scarlatina typhosa* et *S. puerperalis* ». Ces termes sont, toutefois, complétement impropres, car les éruptions qu'on observe dans ces conditions n'ont avec la scarlatine rien de commun que leur couleur, et doivent, en conséquence, être regardés comme de simples érythèmes.

8. Complications de la scarlatine.

Quelques-unes des affections que j'ai déjà signalées comme accompagnant la forme simple de la scarlatine se changent assez souvent en maladies indépendantes. Cela a pour résultat de repousser l'éruption au dernier plan, et de provoquer des changements essentiels dans son caractère, ou même une disparition complète. En effet, l'aspect général de la maladie est plus ou moins altéré, et cela a donné lieu à la notion erronée que ces complications de la scarlatine sont *causées* par une régression de l'éruption.

Quand j'ai parlé de la rougeole, j'ai montré que les muqueuses des conduits aériens sont le plus souvent le siége des affections secondaires qui peuvent faire leur apparition dans le cours de l'exanthème. D'un autre côté, les organes qui sont en général attaqués les premiers dans les complications de la scarlatine sont les amygdales, les piliers du voile du palais et la base de la langue, et l'action morbide s'étend ensuite par continuité de surface au larynx, à l'œsophage, au pharynx

ou aux fosses nasales, et en même temps envahit les parties situées au-dessous de celles qui ont été affectées au début, telles que les glandes parotides et sous-maxillaires et le tissu connectif environnant. Ainsi nous avons :

I. *Inflammation parenchymateuse des amygdales* (Angina scarlatinosa maligna). — Cette forme, la plus grave de l'angine scarlatineuse, consiste en une inflammation du tissu glandulaire des amygdales et du tissu aréolaire adjacent. Elle peut précéder ou accompagner la première apparition de l'éruption et, ce qui est moins fréquent, débuter pendant le *stadium floritionis ;* elle se termine généralement par la suppuration ou la gangrène. Quand ces résultats commencent à se manifester, mais pas avant, l'éruption se flétrit ou se réduit à quelques taches de la largeur de la paume de la main, prend une couleur livide, et ne disparaît plus sous la pression du doigt.

II. *Diphthérite des amygdales et des tissus adjacents* (Angina diphtheritica seu crouposa). — On l'a observée surtout dans certaines épidémies de scarlatine; elle atteint les adultes aussi bien que les enfants, elle ne se borne pas aux individus qui sont actuellement malades, mais elle attaque même les personnes qui ont été simplement en contact avec des malades affectés de scarlatine.

La présence de la diphthérite n'a aucune tendance à « enrayer » l'éruption scarlatineuse qui, dans ces cas, est souvent abondante et intense, et s'accompagne d'une grande chaleur de la peau. Si l'efflorescence se flétrissait cependant tout à coup ou si la surface de la peau prenait un aspect livide, au moment où la température baisse, on devrait porter un pronostic défavorable, car ces symptômes indiquent l'existence de quelque affection générale déjà très-avancée.

III. *Inflammation du tissu aréolaire du cou et des glandes sous-maxillaires.* — Cette complication de la scarlatine ne doit pas se confondre avec la même maladie qui accompagne une amygdalite et en est la conséquence ; on doit plutôt la comparer aux affections métastatiques qu'on observe dans la fièvre typhoïde. Elle se montre pendant le *stadium floritionis* de l'exanthème, ou immédiatement après cette période, se termine quelquefois par résolution, mais plus fréquemment par suppuration, ou même, dans certains cas, par gangrène.

La prédisposition à cette inflammation n'existe pas seulement chez les personnes qui ont souffert de ces engorgements ganglionnaires avant d'être atteintes par la scarlatine. Elle se rencontre aussi chez ceux qui auparavant avaient toutes les apparences d'une bonne santé ; je l'ai, toutefois, vue souvent chez les enfants de parents syphilitiques. Cette

complication ne peut modifier en aucune manière l'éruption scarlatineuse. Même lorsque la suppuration ou la gangrène surviennent, l'efflorescence reste toujours visible, mais toutes ces taches prennent une couleur livide.

IV. *Inflammations des membranes séreuses.* — Ces affections, comme complications de la scarlatine, sont rares en comparaison de celles dont j'ai parlé ci-dessus; d'où il est permis de conclure qu'elles proviennent bien plutôt de quelque chose de spécial à chaque malade que d'une condition générale. On les observe chez les adultes plus souvent que chez les enfants. La forme la plus légère sous laquelle elles se présentent sont les lésions rhumatismales des articulations. Le rhumatisme articulaire aigu est en général de courte durée et de peu d'intensité; mais on ne doit pas le négliger, car souvent il précède ou accompagne quelque maladie, plus sérieuse, telle qu'une méningite, une pleurésie, une péricardite ou une péritonite.

Lorsque, durant le cours d'une scarlatine, un épanchement considérable se fait dans une des cavités séreuses, l'éruption disparaît; mais si l'exsudation se fait par intervalles, et non tout à la fois, l'efflorescence se reproduit habituellement pour peu de temps à chaque nouvelle exacerbation de la fièvre.

V. *Pneumonie à forme croupale.* — La pneumonie, dans ses formes lobaire ou lobulaire, est souvent associée avec d'autres complications de la scarlatine, telles que la gangrène, la pleurésie, etc.; et dans quelques cas, mais moins fréquemment que dans la rougeole, elle est la maladie prédominante. Elle provient alors de l'extension d'une bronchite croupale, et peut, en conséquence, être appelée exactement une *broncho-pneumonie.*

Cette maladie n'imprime pas toujours de changement à l'efflorescence scarlatineuse, et, ordinairement, elle n'allonge en aucune manière ni le *stadium floritionis*, ni le *stadium desquamationis.* Dans quelques cas, cependant, la dernière période est prolongée par la présence de cette complication.

VI. *Inflammation de la muqueuse intestinale.* — Cette affection survient en général lorsque l'exanthème est entièrement développé. Elle a plus souvent un caractère catarrhal que croupal, et donne lieu à une diarrhée accompagnée de symptômes dysentériques.

VII. On doit aussi mentionner comme complications très-rares de la scarlatine les affections suivantes : Ramollissement de la cornée (Keratomalacie); ozène (Rhinorrhagie); stomatite vésiculeuse ou aphtheuse; apoplexie pulmonaire, et gangrène. Cette dernière survient fréquem-

ment après l'application de vésicatoires, ou bien elle affecte des parties qui étaient antérieurement malades ou le siége de *talures* faites par le lit.

C'est seulement dans des circonstances très-rares qu'une des complications que j'ai décrites survient tout à fait en dehors des autres. Plus fréquemment deux ou même plusieurs se présentent simultanément.

VIII. *Dissolution scarlatineuse du sang* (Scarlachtyphus). — Il n'est, toutefois, pas rare que la scarlatine se termine fatalement après une marche très-rapide, sans qu'il soit possible de s'assurer, pendant la vie ou après la mort, qu'un organe particulier ou qu'un système d'organes est spécialement malade. On observe aussi des cas tout à fait semblables à ceux-ci dans les autres exanthèmes et dans le typhus. Prenant ce fait en considération, je suis disposé à admettre la vérité de l'explication qui les regarde comme des exemples de scarlatine sans localisation et affectant le sang seulement (*eine Scarlatina ohne Localisation, ein im Blute verlaufender Scharlach*), ou, en d'autres termes, comme l'effet d'une dissolution ou d'une décomposition scarlatineuse du sang.

Ces cas présentent deux degrés selon l'intensité des symptômes qui les caractérisent. Dans la plus grave de ces deux variétés, il existe dès le début de la fièvre une grande dépression musculaire, avec céphalalgie légère et une accélération remarquable du pouls. Ces symptômes sont suivis, pendant le *stadium eruptionis*, de vomissements répétés et ensuite d'un profond engourdissement ou de délire. Le malade est couché sur le dos, les yeux à demi ouverts, mais sans avoir conscience de lui-même. Quand on lui parle haut, il semble revenir à lui et répond aux questions qu'on lui pose, mais il reprend bientôt son attitude première et retombe en arrière sans connaissance. On observe communément aussi, dans ces circonstances, des mouvements spasmodiques des muscles de la face et des doigts, et, chez les enfants, des convulsions générales surviennent souvent. Les pupilles sont modérément dilatées ; les lèvres et la langue sèches, et cette dernière est ordinairement d'un rouge brillant. A mesure que la maladie avance, on entend dans les bronches les plus grosses des râles muqueux ; l'abdomen se distend, mais il y a rarement une hypertrophie de la rate ; l'urine est peu abondante, et d'un rouge foncé ; le pouls augmente continuellement de fréquence, et atteint jusqu'à 160 pulsations par minute ; les traits se décomposent, les extrémités se refroidissent ; et la mort a lieu en général très-rapidement, la durée ordinaire de cette forme de la maladie variant de douze heures à cinq jours.

Dans ces circonstances, l'éruption scarlatineuse peut se modifier de plusieurs manières. Quelquefois la maladie survient si brusquement,

et avec tant de violence, que l'efflorescence n'a pas même le temps de faire son apparition ; et l'on peut alors très-souvent rester dans le doute sur la cause de la mort rapide du malade. D'autres fois, l'éruption sort, mais seulement par plaques, et, après un court espace de temps, disparaît ; tandis que, dans d'autres cas, elle se développe avec une grande intensité sur toute la surface cutanée, présentant d'abord une teinte rouge foncée, qui devient bientôt livide ; ou, enfin, elle se réduit à quelques larges macules, qui ont le plus souvent une couleur bleuâtre.

Le second degré de cette affection est la « scarlatine à marche typhoïde » (Scharlach mit typhusartigen Verlauf) de Löschner. Un état de stupeur et de faiblesse musculaire, et un pouls constamment rapide sans affection locale visible existent dans cette forme, quoique à un degré beaucoup plus léger que dans celle décrite ci-dessus. Le malade est languissant et indifférent, et, même si c'est un enfant, demande rarement à quitter le lit. Pendant les exacerbations fébriles du soir, on observe de légers mouvements convulsifs et du délire ; le patient se tourne continuellement de côté et d'autre ; les yeux sont mornes et à moitié fermés ; les muqueuses de la bouche et du nez sèches ; les lèvres couvertes d'un enduit noir ; la soif intense ; la peau chaude et parcheminée. Il existe des symptômes de catarrhe bronchique, l'abdomen est tendu, et sensible à la pression ; l'urine est rare, et dans la moitié des cas contient une quantité considérable d'albumine. Si la maladie se prolonge, une diarrhée catarrhale survient ; il y a une accélération persistante du pouls, qui durant les paroxysmes atteint 160 pulsations par minute, mais reste toujours en proportion avec la fréquence de la respiration.

Dans les cas de cette nature, l'éruption scarlatineuse, quoique d'une couleur plus pâle que d'habitude, se développe en général d'une manière régulière, et disparaît rarement avant le temps. Elle s'accompagne souvent de pétéchies, ou de vésicules miliaires.

Les lésions cadavériques observées dans ces circonstances offrent quelques points intéressants :

Le premier fait qui frappe, c'est la présence de granulations grises sur les membranes du cerveau. On les trouve plus souvent dans les cas où la maladie était aiguë que dans ceux où elle suivait une marche plus lente. On les rencontre surtout chez les enfants ; elles n'existent dans aucune autre maladie, excepté l'hydrocéphalie aiguë et la tuberculose miliaire (1).

(1) Il est impossible de ne pas être frappé par le fait que la description de ces « gra-

Un second phénomène, qu'on observe constamment alors, c'est un état hypérémique du cerveau, des poumons et des viscères abdominaux, sans qu'il y ait d'exsudation évidente.

Un troisième point important, c'est que les plaques de Peyer dans l'intestin grêle sont agrandies et rouges, quoique très-rarement ulcérées (excoriirt). Leur aspect offre une grande ressemblance avec celui qu'on trouve dans la fièvre typhoïde.

Enfin, il est remarquable que, dans ces circonstances, les membranes séreuses contiennent une très-grande quantité de sérosité.

SUITES DE LA SCARLATINE.

Sous ce titre, je me propose de parler des affections qui ne se manifestent par des symptômes spéciaux que lorsque la maladie primitive a déjà terminé son cours, mais qui néanmoins sont évidemment développées et engendrées par le processus scarlatineux.

Leur effet sur la scarlatine n'est pas de la *compliquer*, mais de la *prolonger*, et quoiqu'on en puisse souvent retrouver l'origine dès le début de l'exanthème, cependant ce n'est qu'après la fin du *stadium floritionis* qu'elles apparaissent au premier plan comme des affections indépendantes.

Je ne regarderai pas ces suites comme produites par le dépôt d'un poison scarlatineux qui aurait été retenu dans le sang et qui n'a pas été entièrement évacué. Suivant mon opinion, ni l'éruption scarlatineuse ni la desquamation subséquente n'ont pour but d'enlever du sang des matières morbides de quelque espèce que ce soit, ou de purifier l'organisme de n'importe quelle manière. Je les considère simplement comme les symptômes d'une maladie générale à laquelle ils appartiennent, comme l'effet dépend de sa cause.

Car, en vérité, des suites surviennent tout aussi souvent lorsque l'éruption a suivi son cours régulier, s'est complétement développée, et a duré le temps fixé, que dans des circonstances opposées. Une interruption soudaine dans la marche d'une scarlatine et une disparition de l'éruption, sont, comme je l'ai déjà plusieurs fois établi,

nulations grises » rappelle d'une manière remarquable ce que l'on sait des corps de Pacchioni. Le professeur Mayr les décrit comme étant « du volume de graines de pavot, et réunis en groupes », et comme se détachant difficilement des membranes du cerveau. On les trouve au sommet des hémisphères, de chaque côté de la faux cérébrale, et quelquefois, en petit nombre, sur les faces latérales du pont de Varole. (*Note du traducteur anglais.*)

généralement l'effet de la présence de quelque *complication* de cet exanthème.

Parmi les principales causes favorisant la production des suites dans cette maladie, il faut mentionner l'existence antérieure d'une scrofulose, d'un rachitisme, d'une anémie, d'une syphilis ou d'un scorbut. En outre, le malade revient parfois plus lentement à la santé, parce qu'il est placé dans des conditions extérieures défavorables ; et, en conséquence, elles peuvent y aider en donnant lieu aux affections dont je m'occupe actuellement. Dans la scarlatine, comme dans toute autre maladie, une influence fâcheuse peut résulter d'une nourriture insuffisante ou nuisible, de l'habitation dans une chambre ou une salle humide, de la privation d'air frais, ou, enfin, de ce que le linge du malade n'est pas suffisamment renouvelé.

Les suites de la scarlatine sont de deux sortes : quelques-unes sont simplement la continuation, mais avec une plus grande intensité, d'affections survenues dans le cours de la maladie primitive, les autres sont dues directement à l'état morbide du sang, qui persiste encore. Ces dernières apparaissent sous forme d'inflammations des organes glandulaires ou des synoviales articulaires, ou prennent la forme d'exsudations dans le tissu aréolaire ou dans les cavités séreuses.

Les conditions morbides dont je parle sont les suivantes :

1° *Ozène après la scarlatine.* — On l'observe chez les enfants scrofuleux ou chez des personnes antérieurement sujettes à ces maladies de la muqueuse nasale. Suivant Canstatt, une forme très-dangereuse de cette affection a été fréquemment constaté dans les épidémies qui ont visité récemment les côtes de la mer du Nord et de la Baltique.

2° Les *maladies des organes de l'ouïe* sont relativement rares, mais elles comptent aussi au nombre des complications les plus rebelles et les plus sérieuses des conséquences de la scarlatine. Elles surviennent de diverses manières. D'abord, l'inflammation peut s'étendre à la muqueuse de la trompe d'Eustache, des amygdales et du voile du palais, qui, comme je l'ai déjà dit, sont souvent très-tuméfiés et en suppuration ; et l'ouïe peut être ainsi temporairement abolie. Le même effet sera aussi causé pendant un certain temps par la compression de la parotide fortement enflammée sur le méat auditif externe. En outre, certaines maladies indépendantes de l'oreille peuvent survenir pendant le *stadium floritionis* de la scarlatine, et persister un temps plus ou moins long après sa terminaison. On les rencontre notamment chez les sujets scrofuleux ou tuberculeux ; elles consistent ordinairement en une inflammation chronique du revêtement muqueux de la trompe

d'Eustache, ou dans des changements pathologiques affectant l'intérieur de l'organe de l'ouïe.

Ce qui se rencontre beaucoup plus fréquemment, toutefois, c'est la maladie du conduit auditif externe connue sous le nom d'otorrhée. Elle est souvent le résultat d'une inflammation de la parotide ou du tissu aréolaire du cou.

La surdité persistante après la scarlatine est heureusement rare, et, quand elle existe, elle est sans doute due à des changements dans la membrane qui tapisse le tympan (tels que des exsudations de matière plastique, le ramollissement ou la suppuration), causés par l'extension de l'inflammation à toute la trompe d'Eustache.

Il semblerait qu'on doive assigner une origine métastatique à la forme d'*otite interne* qui se manifeste tout à coup et avec des symptômes très-violents, pendant que la fièvre est à son apogée. Cette affection est remarquable par la rapidité avec laquelle elle détruit l'intérieur de l'oreille. Elle survient ordinairement d'un seul côté, mais se termine souvent fatalement par pyohémie, ou par l'extension de l'inflammation aux membranes du cerveau, l'érysipèle existant en même temps. Dans quelques cas, la mort arrive après plusieurs semaines à la suite de la carie du rocher.

3° *Gonflement chronique et suppuration des amygdales*, après la scarlatine. — On l'observe surtout chez les sujets de constitution scrofuleuse.

4° *Inflammation croupale du gros intestin.* — C'est simplement la continuation et l'extension de l'affection intestinale, que j'ai déjà mentionnées parmi les complications de la scarlatine.

5° *Inflammation des glandes et du tissu aréolaire environnant.* — Cette suite diffère de la maladie de même espèce qui survient pendant la présence de l'exanthème, par son cours chronique et son début qui a lieu durant la période de desquamation. En outre, dans cette circonstance, l'inflammation attaque en général d'abord la glande elle-même, et ensuite le tissu conjonctif environnant. Les enfants atteints de rachitisme ou de maladie tuberculeuse des glandes sont particulièrement sujets à cette affection. Dans la grande majorité des cas, l'organe affecté est une parotide, ou une glande sous-maxillaire, et beaucoup moins souvent une glande sublinguale, ou une des glandes absorbantes de l'aisselle ou du cou.

6° *Arthrite métastatique après la scarlatine.*—Cette lésion, qui est rare, mais très-destructive dans ses effets, n'appartient pas tant aux premières années qu'à la seconde enfance et à l'âge adulte. Elle accom-

pagne en général des inflammations d'organes internes, et particulièrement des séreuses. Elle est analogue aux métastases qui surviennent chez les femmes après l'accouchement ou qui suivent le typhus et les autres maladies du sang. Chaque articulation peut être le siége de cette affection ; mais les genoux, les coudes et les épaules y sont spécialement sujets. Elle commence le plus souvent en même temps que la desquamation.

7° *Hydropisie scarlatineuse.* — Elle surpasse tellement en fréquence toutes les autres suites dont j'ai parlé, que son apparition semble être presque la règle, tandis que celles-ci sont tout à fait exceptionnelles. Aussi dans les monographies sur la scarlatine, l'hydropisie est, avec raison, placée au premier rang parmi les complications et les conséquences de cet exanthème. Par le fait, dans la plupart de ces ouvrages, c'est la seule dont il soit fait mention. Quelques observateurs, en effet, ont considéré cette affection comme si intimement liée à la nature essentielle de l'éruption scarlatineuse qu'ils ont décrit l'hydropisie comme une partie de la maladie, sous le nom de *stadium hydropicum*. Et certainement, chez les enfants, la présence de l'hydropisie complète souvent le diagnostic, et permet au médecin de s'assurer qu'une scarlatine qui a échappé à l'observation avait existé. Il est, toutefois, impossible de déterminer en termes généraux, même approximativement, les conditions qui donnent naissance à cette suite; car chaque épidémie de l'exanthème offre des particularités qui lui sont propres, les autres circonstances restant les mêmes. Ainsi, dans quelques épidémies, l'hydropisie se rencontre dans presque tous les cas, tandis que dans d'autres elle est très-rare ; et cependant on ne peut trouver aucune explication satisfaisante de ces différences ni dans le traitement et le genre de vie des malades, ni dans la saison de l'année, le temps, l'état du baromètre ou du thermomètre, la direction du vent, ou toute autre influence cosmique ou tellurique.

D'où la question se présente d'elle-même à la pensée de chaque observateur. Quelle est la *cause* de l'hydropisie après la scarlatine ?

La question a autrefois reçu des réponses très-différentes, suivant les idées médicales régnantes à ce moment et la prédominance des vues théoriques ou pratiques. Nos ancêtres attribuaient l'hydropisie soit simplement au développement imparfait de l'éruption scarlatineuse ; soit à ce qu'elle avait subi une *rétrocession*, comme on disait, parce que le malade avait pris froid ; soit à l'absence ou à la suppression de sueurs critiques ; soit, enfin, à ce que la peau n'était pas convenablement préparée (Vernachläissigung der Hautkultur), expression

qu'ils ne définissaient pas avec plus de précision. Mais par l'observation attentive des personnes de tout âge affectées de cette maladie, mais vivant dans les conditions les plus variées, il a été établi qu'aucune des conditions étiologiques ci-dessus mentionnées ne donne une explication exacte de la présence de l'hydropisie scarlatineuse.

D'abord, il est certain qu'on ne peut tirer aucune conclusion absolue, défavorable ou non, de la gravité plus ou moins grande de l'éruption dans un cas particulier, et que la force de l'éruption n'est pas en relation causale avec l'hydropisie consécutive ; car, d'après mon expérience, on a observé cette suite dans les circonstances où l'efflorescence était entièrement développée comme dans celles où la peau présentait à peine une légère rougeur.

Cette affection ne dépend en aucune façon du degré de desquamation qui, comme on le sait, varie en raison directe de l'intensité de l'efflorescence ; plus l'éruption est abondante, plus abondante aussi est la chute de l'épiderme. Aussi les mêmes raisons qui m'empêchent de placer l'hydropisie dans la première catégorie me rendent également impossible de l'attribuer à la dernière.

De plus, aucune des causes présumées de cette affection n'est plus fréquemment mise en avant que celle connue sous l'appellation « de coups de froid » (die sogenannte Verkühlung). Ce n'est, toutefois, qu'un terme relatif et tellement vague dans son application que même les hommes de l'art, plus encore que les amis du malade, y ont recours pour expliquer la présence de l'hydropisie qu'ils sont impuissants à justifier autrement, bien que le patient ait été soigneusement couvert et qu'il ne lui ait pas été permis de quitter la chambre et même le lit. Mais j'ai eu souvent occasion de remarquer qu'en l'absence d'autres causes excitantes, aucune des suites de la scarlatine ne provient de ce que le malade a été refroidi, ou même exposé à une température très-rigoureuse. Ainsi, j'ai vu quelques cas dans lesquels des enfants, pendant le cours d'une scarlatine grave, ont continué d'aller à l'école et même pendant l'hiver de courir dans les rues comme d'habitude, et chez lesquels la maladie n'a pas eu de suites; tandis qu'en même temps des enfants, traités suivant *legem artis*, c'est-à-dire bien protégés contre le froid et maintenus dans leur lit, devinrent hydropiques et moururent.

Du reste, sans avoir à rapporter des faits récents, il sera suffisant d'appeler l'attention sur les résultats favorables obtenus à Gräfenberg par Priessnitz, qui non-seulement traitait les malades atteints de scarlatine avec des ablutions d'eau froide, mais leur per-

mettait même de rester en plein air. Et certainement aucun des scarlatineux confiés à ses soins ne craignait les *coups de froid*.

Je puis donc, il me semble, sans m'aventurer, affirmer que les personnes affectées de scarlatine chez lesquelles il n'existe aucune prédisposition interne de maladie (ohne eine bestechende innere Ursache der Erkrankung), peuvent être exposées à des changements sensibles de température sans avoir à en redouter les fâcheux effets qu'on leur attribue en général.

Quant à la *rétrocession de la transpiration* (das Zurücktreten der Schweisse), l'expression est, en premier lieu, *surannée*. Car la sueur, étant déjà un liquide excrété, ne peut pas plus être résorbée que l'urine qui se trouve répandue dans un lit. Mais, comme on le sait, dans une affection fébrile aiguë, une transpiration abondante, la peau douce et modérément chaude sont de bons signes ; tandis que, la cessation des fonctions cutanées, la chaleur et la sécheresse tégumentaires sont toujours des symptômes défavorables. Maintenant si, dans un cas où les sécrétions cutanées étaient d'abord abondantes, il se produit une exacerbation de la fièvre ou quelque nouvelle complication, la transpiration salutaire cessera le plus souvent ; mais, dans ces circonstances, ce n'est là que le résultat, et non la cause, de l'aggravation de la maladie.

C'est à peu près la même chose pour ce qu'on appelle *rétrocession* de la scarlatine. Pour nos devanciers, l'éruption était le seul ou tout au moins le principal symptôme de l'affection ; aussi l'on comprend pourquoi ils attachaient une grande importance à sa présence. Mais on sait aujourd'hui qu'elle n'est qu'une partie de l'ensemble de la maladie et que le plus ou moins d'intensité de ce symptôme, sa durée plus ou moins prolongée sont loin d'être la seule ou même une des principales indications de la gravité de la scarlatine. En outre, dans les affections accompagnées d'un état hypérémique de la peau, la disparition subite de l'éruption est toujours une preuve que la maladie a antérieurement éprouvé une aggravation qui rend anémique la surface cutanée, parce que cet état produit un collapsus général.

Ainsi donc une éruption modérément développée et une fièvre légère doivent être considérées comme des signes favorables dans la scarlatine ; tandis qu'il faut regarder comme défavorables la diminution presque subite de l'efflorescence, une fièvre intense ou toutes autres complications graves qui se présentent. Tous ceux qui sont familiers avec les faits dont je viens de parler considéreront la disparition de l'éruption comme l'*effet* et non la *cause* de l'exacerbation de la maladie,

et ils n'attribueront certainement pas l'apparition de l'hydropisie à la rétrocession de l'efflorescence.

Depuis que le docteur Bright a le premier appelé l'attention sur les changements pathologiques des reins, et sur l'altération de la composition chimique de l'urine qui existent dans les formes chroniques de l'hydropisie, ses conclusions ont été développées et perfectionnées par des observations faites sur des autopsies, aussi bien que par des recherches microscopiques et chimiques; et, depuis cette époque, l'opinion générale est que l'hydropisie consécutive à la scarlatine est le résultat *immédiat* d'une albuminurie, c'est-à-dire de la maladie des reins de Bright. Mais, quoique cette découverte explique une des phases intermédiaires dans la production de cette altération, cela ne nous apprend pas la cause première de l'hydropisie. Les questions suivantes se présentent : quelle est la cause qui amène l'altération des reins et l'albuminurie? Quelques-uns ont répondu à cette question suivant les principes de l'ancienne école de pathologie, en attribuant la maladie à ce que le patient avait pris froid, ou, en d'autres termes, aux mêmes agents dont nous avons déjà parlé; tandis que d'autres, s'inspirant d'idées plus modernes, l'ont rapportée à la présence d'un élément étranger, le poison de la scarlatine, qu'ils supposent rester encore dans le sang. Cette dernière manière de voir peut être considérée comme représentant l'ancienne doctrine des crises imparfaites.

L'explication donnée par ces auteurs est à peu près la suivante : bien que le virus de la scarlatine ne puisse être démontré directement par aucune expérience chimique ou physique, son existence ne peut pas être mise en doute. L'organe qui le sécrète est la peau dont l'action est alors réciproque à celle du poison. L'élimination complète de cette substance peut être réalisée par une efflorescence intense; et, suivant d'autres, par une transpiration et une desquamation abondantes, et un certain degré de congestion rénale. Mais si l'expulsion n'a pas lieu, il se produit alors certains changements pathologiques dans la peau ou dans les reins, ou dans l'un des deux seulement. La matière morbifique est, en réalité, une seconde fois ou à plusieurs reprises, ramené sur la surface cutanée. Il ne se fait pas une nouvelle éruption, parce que l'activité vitale de la peau a été atténuée par l'inflammation spécifique antérieure. En conséquence, il se forme dans les tissus sous-cutanés un épanchement aqueux. En outre, les efforts accumulés des reins pour éliminer le poison, déterminent une hypérémie de ces organes, et il en résulte que leur sécrétion est moins abondante. La congestion provoque, en dernier lieu, une exsu-

dation dans les tubes de la couche corticale. Une partie de cette matière est excrétée dans l'urine sous forme d'albumine; le reste se dépose et forme des granulations dans la substance même des reins. Enfin, la diminution dans la sécrétion des urines amène un nouvel épanchement dans le tissu aréolaire sous-cutané et dans les cavités séreuses (Behrend).

Je ne puis pas dès à présent donner une opinion positive sur la validité de cette hypothèse; et je suis peu disposé à me prononcer d'une manière tranchée, car l'expérience journalière prouve incontestablement que l'urine contient de l'albumine dans d'autres états, aussi bien que dans la scarlatine et dans la forme aiguë de la maladie de Bright. C'est ce qu'on observe, par exemple, dans la grossesse et dans plusieurs affections du sang (telles que le typhus, le purpura, les affections puerpérales, etc.) dans lesquelles, quoique l'hydropisie existe, on ne peut établir aucune connexion entre ce symptôme et l'état albuminurique de l'urine.

En outre, si l'on examine plusieurs fois par jour l'urine d'un malade atteint de scarlatine, en faisant chaque fois une analyse, on arrive à ce fait intéressant que parfois l'on y trouve de l'albumine et que d'autres fois on n'en rencontre aucune trace. Ainsi, cette substance peut exister dans l'urine du matin, et manquer dans celle du soir, ou *vice versa*. Quelquefois, encore, l'albumine s'observe un jour et même dans une seule analyse ; dans ces circonstances l'hydropisie ne fait son apparition ni à ce moment ni plus tard.

L'époque à laquelle survient l'hydropisie de la scarlatine varie beaucoup dans les différents cas. Les premiers symptômes peuvent se présenter au début de l'exanthème, pendant son cours, ou enfin durant la période de desquamation. Le plus souvent elle se manifeste pendant la seconde ou la troisième semaine de la maladie, c'est-à-dire lorsque l'éruption a complétement disparu et que la desquamation a commencé.

Beaucoup d'observateurs ont établi que la sixième semaine est la dernière période assignée à l'apparition de l'hydropisie; et, en conséquence, les mesures préventives ont été systématiquement continuées jusqu'à cette époque. Toutefois, dans les cas de scarlatine que j'ai rencontrés, cette suite, quand elle est survenue, a toujours commencé au bout de quatre semaines.

Il est d'une grande importance pratique de remarquer si l'hydropisie est aiguë et accompagnée de fièvre intense, ou si elle se développe lentement et graduellement avec de légers troubles fébriles. Dans le

premier cas, on lui donne le nom d'hydropisie *active*; dans le second, celui d'hydropisie *passive*.

Dans la forme active ou aiguë de cette maladie, l'effusion du sérum se produit très-rapidement, et est accompagnée d'une activité vasculaire, et de douleurs dues à l'hypérémie et à la tension des parties affectées. Par le fait, en ce qui concerne les organes internes, les symptômes de cette espèce d'hydropisie sont tellement semblables à ceux des affections inflammatoires (Exsudatbildung), qu'il est impossible de tirer une ligne exacte de démarcation entre eux. Il n'est pas moins difficile d'établir des limites précises entre les variétés active et passive de l'hydropisie; car même les effusions qui se produisent lentement peuvent arriver par saccades et s'accompagner de plus ou moins d'inflammation.

Les principales espèces d'hydropisie consécutives à la scarlatine peuvent être rangées d'après leur fréquence dans l'ordre suivant : anasarque, hydropisie des cavités séreuses, œdème des poumons, œdème du cerveau, œdème de la glotte, hydropisie générale.

1° L'*anasarque* constitue à elle seule les deux tiers des hydropisies. Ses caractères sont les mêmes que ceux observés habituellement dans l'hydropisie due à une maladie des reins. Lorsqu'elle survient, la desquamation semble arrêtée en raison de la saturation des couches de l'épiderme par le liquide; mais quand la tuméfaction a complétement disparu, l'épiderme commence de nouveau à s'exfolier, phénomène qui semble ne se produire que par la cessation de la tension occasionnée par l'épanchement séreux.

Cette affection, non-seulement ne se présente pas souvent seule, mais fréquemment aussi elle précède ou accompagne l'ascite ou une des autres formes de l'hydropisie.

2° *Ascite*.

3° *Hydrothorax*. — On le rencontre moins souvent que les variétés précédentes; sa marche est ordinairement très-rapide.

4° *Hydropéricardie*. — Elle survient très-rarement seule; dans la plupart des cas, elle fait partie d'une hydropisie générale.

5° *Œdème des poumons*. — Il s'observe associé avec l'anasarque, et notamment avec l'hydrothorax.

6° *Œdème de la glotte*. — Il coexiste, en outre, souvent avec l'œdème des poumons.

7° *Œdème de la pie-mère et de la substance cérébrale*. — Cette affection se voit seulement dans les cas où l'hydropisie générale s'est

prolongée, dans lesquels, en effet, il est rare qu'elle ne survienne pas.

Parfois elle paraît plutôt se développer rapidement, avec des symptômes d'assoupissement, etc.

8° *Hydropisie des ventricules du cerveau.* — Cette variété, quoique toujours signalée dans les auteurs parmi les autres formes d'hydropisie, ne se rencontre pas habituellement dans la scarlatine.

Sous le nom d'*Encéphalopathie albuminurique*, MM. Rilliet et Barthez (1) décrivent une complication de la scarlatine dans laquelle on observe plusieurs symptômes cérébraux graves et aigus, semblables à ceux qui surviennent ordinairement dans la maladie de Bright. Cette affection apparaît entre deux et quatre semaines après le début de l'anasarque, dure de un à sept jours, et se termine le plus souvent par la guérison. La différence entre cette altération et d'autres maladies du cerveau consiste en ce que, quand elle disparaît, le malade recouvre complétement la sensibilité et la motilité, ainsi que ses facultés intellectuelles. Je ne suis pas, cependant, disposé à adopter le nom proposé pour cette affection par MM. Rilliet et Barthez, et c'est pour cela que je me borne à renvoyer simplement à leurs observations.

Je dois, toutefois, mentionner un fait qui n'est pas sans importance, c'est que, quand l'albuminurie est survenue une fois comme suite de la scarlatine, elle est susceptible de se reproduire, même si elle a complétement disparu pendant un certain temps. On le voit surtout chez les individus anémiés par d'autres causes, chez lesquels elle peut ainsi revenir plusieurs fois, avec une hydropisie plus ou moins prononcée, au point même de devenir en dernier lieu fatale. Si, dans tous les cas, elle se produit, une rechute s'observe en général dans un intervalle de deux mois; mais dans un exemple parvenu à ma connaissance, l'albuminurie revint, avec une grande intensité, après avoir disparu pendant quatre mois. Même alors, cependant, quoique l'urine contînt du sang et des matières fibrineuses, le malade finit par guérir.

Je ferai remarquer, en terminant, que, outre les maladies que j'ai mentionnées, il en est encore d'autres qu'on peut observer après la scarlatine. Parmi celles-ci sont les inflammations des différents organes internes, le typhus et la fièvre intermittente. De plus, certaines affections chroniques, telles que la tuberculose (2) et le rachi-

(1) « Traité clinique et pratique des maladies des enfants », 2e édit., t. III, p. 182.

(2) MM. Rilliet et Barthez (*Op. cit.*, t. III, p. 201) furent, en effet, amenés par leurs observations à conclure que les enfants tuberculeux sont rarement affectés de scarla-

tis (1), sont fréquemment aggravés par cet exanthème. Aucunes de ces affections, toutefois, ne méritent d'être qualifiées de *suites* (sequelæ) de la scarlatine; car elles ne sont pas en connexion assez intime avec elle.

PRONOSTIC DE LA SCARLATINE.

Des conditions externes et internes de toute nature se réunissent pour modifier la marche de cette maladie dans les différents cas, et pour amener la guérison ou la mort. *La scarlatine, même dans sa forme la plus bénigne, n'est jamais une affection de peu d'importance,* c'est là une maxime qui a été trop souvent prouvée par des cas funestes. Quelque favorables que soient les premiers symptômes, l'apparition d'une complication peut rendre la maladie sérieuse; et même quand l'exanthème suit une marche parfaitement régulière, on doit redouter encore le danger de voir survenir une de ses suites. Aussi, dans un cas de scarlatine, est-il rarement possible de poser ce qu'on appelle un *pronostic;* car nos prévisions peuvent toujours être changées par les événements du jour suivant. Nous ne savons, par le fait, de quelle manière apprécier l'intensité de la maladie. Aucune donnée positive sur l'issue favorable d'une attaque de cet exanthème ne peut être déduite, de l'état physique du malade, des affections antérieures, de son âge, ni, en dernier lieu, des conditions dans lesquelles il se trouve. Dans les épidémies malignes, la scarlatine emporte les personnes (enfants et adultes) les plus robustes et les mieux soignées, aussi rapidement même que celles déjà malades ou qu'on a négligées.

Aussi, dans la scarlatine, on doit regarder avec méfiance tout nouveau symptôme ayant un aspect inaccoutumé, et il faut mettre la plus grande prudence à affirmer qu'un cas particulier se terminera d'une manière favorable.

Le caractère de l'épidémie régnante est le point le plus important de tous; il sert comme de base à un pronostic conjectural. A certaines époques, la scarlatine est suivie des plus fatales complications; elles

tine, et même qu'une attaque de cet exanthème imprime à la tuberculose une tendance à subir une guérison rapide. Ces auteurs croient, en conséquence, que ces maladies sont mutuellement antagonistes. Mon expérience, malheureusement, ne confirme pas cette opinion.

(1) Chez les petits enfants, l'aggravation du rachitis par la scarlatine est souvent indiquée, pendant la vie, par des douleurs dans les os cylindriques qui sont particulièrement sensibles à la pression; et, à l'autopsie, ces os présentent de nombreux ostéophytes (Zahlreiche Osteophyten).

peuvent même se produire avant que l'éruption fasse son apparition, et constituent alors le caractère saillant de la maladie. Il existe des cas dans lesquels le premier symptôme observé fut une diphthérite ou une gangrène, et où la mort survint avant même qu'on n'eût la pensée que le malade était affecté de scarlatine.

D'ailleurs, les formes même sporadiques de cet exanthème affectent une allure singulièrement maligne pendant la prédominance de certaines maladies, telles que le typhus, le choléra ou la dysenterie. D'un autre côté, les suites de la scarlatine, bien plus que ses complications, doivent constituer le principal motif des préoccupations. Dans quelques épidémies, l'hydropisie est plus commune et suit une marche plus fatale que lorsque ces accidents arrivent dans des temps ordinaires.

Enfin, mon expérience personnelle m'oblige à dire, avec Löschner, que je n'ai jamais vu une *épidémie bénigne* de scarlatine. Vers la fin de chaque épidémie, cependant, les cas sont en général plus simples et suivent une marche plus favorable. Mes propres observations ne me permettent d'attribuer à la saison de l'année aucune influence appréciable sur l'issue de cet exanthème.

En ce qui concerne la valeur des symptômes individuels comme indication de la marche probable de la scarlatine, voici les remarques que je puis faire : une durée inusitée de la période d'incubation permet de prévoir que la marche de l'exanthème et de ses suites sera irrégulière. L'apparition de l'éruption en même temps que les prodromes, ou sa brusque invasion sur toute la surface du corps, annonce une violente attaque de la maladie. S'il ne se présente aucun symptôme grave de fièvre ou autre complication, le fait que l'éruption est incomplétement développée peut être considéré comme un signe d'une évolution rapide et favorable; mais si une éruption imparfaite est accompagnée d'une fièvre intense ou de symptômes inaccoutumés (tels que du délire, de l'assoupissement, de la dysphagie, de la dyspnée), c'est l'indication de la présence de quelque complication dangereuse. La disparition subite de l'éruption, au moment où elle a atteint son complet développement, sa rétrocession, pour employer le terme habituel, trahissent une condition organique grave et sont, dans la plupart des cas, de mauvais augure. D'un autre côté, la persistance de l'éruption au delà de la période habituelle, surtout lorsqu'elle ne disparaît pas sous la pression du doigt, et si elle n'est pas amenée par quelque affection cutanée chronique, annonce la continuation de quelque maladie interne, généralement des poumons ou

des voies aériennes, maladies qui ont commencé pendant le *stadium floritionis*. Les différences dans l'intensité de l'éruption exanthématique ou dans la quantité de desquamation n'ont aucune valeur particulière quant au pronostic.

Parmi les différentes formes que peut prendre l'éruption, celles que nous avons décrites ci-dessus sous le nom de *scarlatina variegata* et de *scarlatina miliaris*, ont seules de l'intérêt : la première parce qu'elle fait craindre que la maladie ne soit accompagnée, comme complications ou suites, de bronchite ou de pneumonie opiniâtres; la seconde, parce qu'elle est souvent un symptôme de pyohémie. Toutefois, lorsque l'efflorescence miliaire se présente en même temps que l'éruption ordinaire de la scarlatine et que les autres symptômes ne sont point particulièrement graves, sa présence n'a pas grande importance. Mais si cette éruption apparaît plus tard (lorsque l'efflorescence de la scarlatine est complétement sortie) et si elle est accompagnée d'une extrême exacerbation de fièvre avec assoupissement, délire, gangrène ou ulcération des amygdales, inflammation des poumons ou des membranes séreuses, c'est généralement alors le précurseur immédiat de la mort.

Des pétéchies et des ecchymoses sont d'une très-sérieuse importance quand elles coexistent avec d'autres symptômes alarmants, elles annoncent l'état que j'ai décrit sous le nom de *dissolution du sang*. On peut dire, aussi, la même chose du saignement par le nez, s'il se complique d'hémorrhagie dans d'autres parties, telles que les gencives ou la surface intestinale; mais une épistaxis légère est souvent une bonne chose en ce qu'elle apporte quelque soulagement à la céphalalgie dont souffre le patient.

Une diarrhée, survenant au commencement de la maladie, si elle n'est pas trop forte, n'est pas un mauvais signe, chez les adultes; mais si elle se prolonge et s'accompagne de tuméfaction de l'abdomen, elle tend à épuiser le malade. Chez les enfants de moins d'un an, la diarrhée est toujours dangereuse.

Si, au début d'une scarlatine, la miction est douloureuse, les urines rares et albumineuses, c'est une preuve que le cas est grave, et c'est, en effet, une indication du grand danger que court le malade et de la probabilité de voir survenir un épanchement aigu. A une période plus avancée de l'affection, une diminution dans la quantité d'urine excrétée est aussi en général le précurseur de l'hydropisie.

La continuation régulière de la transpiration cutanée est un bon

signe; des sueurs survenant subitement sont considérés comme des crises favorables.

Un pouls faible, régulier, dont les battements n'excèdent pas beaucoup 100 pulsations à la minute, accompagne les formes bénignes de la scarlatine; on peut dire la même chose de la respiration, quand elle est profonde, et en proportion convenable avec la fréquence du pouls et le degré de la température, quand elle est inférieure à 104° F. (40° C.). D'un autre côté, on doit regarder comme symptômes fâcheux : un pouls dur ou très-accéléré (battant 120 à 160 pulsations par minute), irrégulier ou intermittent, une respiration plus rapide ou très-courte; ou, enfin, une chaleur âcre de la peau, dépassant 104° F. (40° C.).

Parmi les complications de cet exanthème, la dissolution extrême du sang est promptement fatale, que le malade ait été ou non auparavant en bonne santé. C'est un symptôme de mauvais augure que la perte subite de la conscience de soi-même, avec la dépression extrême du pouls et des forces musculaires lorsqu'elles surviennent tout à fait au début de la maladie.

L'inflammation parenchymateuse des amygdales est grave, si l'on tient compte des résultats auxquels elle conduit. Si elle est accompagnée de délire ou de convulsions, avec hypérémie intense du cerveau, on devra craindre une issue fatale et prochaine. Si la gangrène survient, on pourra encore espérer la guérison du malade aussi longtemps que la tache gangréneuse reste circonscrite et que les parties environnantes ne sont pas œdématiées. Quand une affection diphthéritique d'une grande étendue détermine la formation d'eschares, ou s'étend au larynx au point de produire le croup, il est rarement possible d'entrevoir une terminaison favorable. L'inflammation du tissu aréolaire du cou est dangereuse en raison de son étendue et de la rapidité avec laquelle elle s'y est développée. Ses conséquences sont plus graves quand elle attaque la partie inférieure de la région parotidienne ou le voisinage de la glande maxillaire.

Les douleurs rhumatismales n'ont en elles-mêmes aucune importance; mais on ne doit pas les négliger complétement, parce qu'elles peuvent être suivies d'affections portant sur les membranes séreuses.

La péritonite, la péricardite, la pleurésie, la pneumonie, la bronchite, sont des maladies sérieuses, même quand elles surviennent seules; et, comme complications de la scarlatine, elles sont ordinairement non moins graves. On peut en dire autant de la dysenterie et de la diarrhée persistante.

Quelques-unes des suites de cet exanthème méritent toute notre attention, par leur marche insidieuse et leur influence sur un appareil spécial, bien plus que parce qu'elles exercent quelque action nuisible sur l'organisme tout entier. Parmi elles sont les inflammations du conduit auditif externe, celles des membranes muqueuses du nez et de la trompe d'Eustache; l'hypertrophie et la suppuration des amygdales, les affections inflammatoires des glandes et du tissu aréolaire environnant. D'un autre côté, ce qu'on a appelé l'inflammation métastatique des articulations, des glandes, ou de l'organe de l'ouïe, est extrêmement dangereuse.

Quand il existe une hydropisie, les circonstances suivantes peuvent autoriser à porter encore relativement un pronostic favorable : le malade ayant joui auparavant d'une bonne santé les urines étant pâles et abondantes, et contenant peu ou pas d'albumine; la peau ayant de la tendance à transpirer; les effusions séreuses restant limitées au tissu aréolaire sous-cutané; les fonctions du cerveau et celles des organes respiratoires n'étant pas altérées; et enfin, une diminution quelconque dans le volume de l'œdème, lors même que cette amélioration ne serait que passagère. D'autre part, le pronostic est plus inquiétant lorsque le malade était auparavant anémique, ou atteint de quelque dyscrasie (comme, par exemple, les enfants nés de parents syphilitiques, ou affectés de scrofulose ou de rachitis); lorsqu'on a constaté dès le début de la scarlatine la présence de l'albumine dans l'urine, et son augmentation graduelle; lorsque l'urine est colorée et rare, contenant du pus, du sang, des dépôts fibrineux, ou des cellules provenant des tubes rénaux (Enchymzellen). Enfin, c'est encore un signe défavorable si la peau est sèche, ou s'il y a un épanchement très-considérable, accumulé dans l'intérieur du corps, ou s'il existe une fièvre concomitante intense.

La mort dans la scarlatine arrive par les causes suivantes :

1° Par la dissolution du sang, due au virus de la scarlatine;

2° Par la paralysie des centres nerveux, résultant d'effusions séreuses ou plastiques, de méningite, ou d'œdème du cerveau;

3° Par asphyxie, provenant d'un œdème aigu des poumons ou de la glotte, ou d'un épanchement séreux dans la plèvre et le péricarde;

4° Par pyohémie.

La mortalité de cette affection est loin d'être la même dans toutes les épidémies, elle offre, au contraire, des différences considérables. Ainsi, dans les épidémies malignes de scarlatine, 20 ou 25 pour 100 des personnes atteintes meurent; tandis que, si la maladie se présente

sous une forme bénigne, fréquemment la mortalité ne dépasse pas 5 pour 100.

ÉTIOLOGIE DE LA SCARLATINE.

La nature contagieuse de cette affection ne peut être mise en doute par aucun médecin ayant été à même d'observer, dans sa pratique, un certain nombre de maladies d'enfants, ou ayant eu sous sa direction un service médical d'établissements renfermant un nombre considérable de pensionnaires jeunes ou même adultes. Dans les institutions d'enfants trouvés et orphelins, dans les crèches, les hôpitaux et les pensionnats, ainsi que dans les ateliers, les manufactures, les hospices et les prisons, il n'est malheureusement que trop facile de se rendre compte de la nature infectieuse de la scarlatine.

Quant à moi, en m'en rapportant à ma propre expérience, je puis dire que j'ai eu assez souvent occasion d'observer qu'un enfant atteint de scarlatine et placé dans un hôpital au milieu d'autres malades du même âge en a bientôt infecté la moitié, quoique l'affection n'ait pas présenté tout d'abord le caractère épidémique. Si, dans de pareilles circonstances, on n'isole pas immédiatement les scarlatineux, la maladie peut persister pendant plusieurs années, entretenue alors par l'admission continuelle de nouveaux enfants dans l'hôpital.

Ce que je viens de dire concernant les hôpitaux est également vrai pour les familles, pour les villes et les cantons, bien qu'il soit difficile de le prouver directement. La transmission de la maladie de famille à famille ou même de localité à localité peut être facilement suivie, mais on ne peut l'expliquer d'une manière satisfaisante que si l'on admet la nature infectieuse de la scarlatine. Selon quelques auteurs dignes de foi (Duncombe, Noirot), il serait prouvé que cette affection aurait été introduite par des étrangers dans certaines îles telles que les Bahama et les Antilles, mais que, au dire des habitants, elle ne s'y serait pas maintenue.

La preuve la plus concluante de la contagiosité de cette maladie serait sans aucun doute sa propagation directe par la transmission des matières inoculables se faisant d'un individu à l'autre. Malheureusement les expériences que j'ai faites sur les enfants atteints de scarlatine n'ont pas eu le même succès que dans la rougeole.

Selon moi, cette affection est toujours produite par un principe spécifique contagieux ; je ne crois pas qu'elle naisse jamais spontanément, pas plus que la variole, la rougeole et la syphilis. Il est vrai que

les conditions nécessaires au développement et à la diffusion des exanthèmes sont beaucoup plus difficiles à déterminer que dans la syphilis, mais ce n'est pas une raison pour douter que nous ne finissions par découvrir la cause de leur caractère infectieux. Autrefois, lorsque le principe de la gale était inconnu, on supposait que cette affection avait une origine spontanée, et il en a été ainsi jusqu'au jour où la découverte de l'acarus a établi sans conteste sa nature contagieuse. Il est toutefois certain que depuis la première apparition des exanthèmes on n'a jamais vu disparaître aucun d'eux d'une manière complète et générale. Pour la scarlatine, d'après les registres mortuaires, on acquiert la preuve certaine qu'à Vienne cette maladie n'a cessé de régner pendant les cinquante dernières années. Lors même qu'elle n'avait pas un caractère épidémique bien marqué, elle a toujours existé sous une forme sporadique, tantôt dans les bas quartiers, tantôt dans les parties plus élevées, ou bien encore dans les faubourgs et dans les environs. Les rapports officiels sur les épidémies pour les provinces de la Basse-Autriche prouvent que cette affection a toujours sévi sporadiquement dans l'une ou l'autre partie de ces pays, et qu'il n'y a pas d'année où l'on y ait constaté sa présence.

Ce fait, s'il est admis sans contestation, suffit par lui-même à prouver la présence d'un principe contagieux qui, dans quelques circonstances, se trouve restreint à certaines localités, tandis que dans d'autres conditions il se répand sur une plus grande étendue. Il est vrai que jusqu'à présent on ne peut pas indiquer quelles sont ces conditions; on est obligé de se retrancher dans des expressions vagues, en les rapportant à des causes encore imparfaitement connues, telles que les variations dans la température, le degré d'humidité de l'air, l'état de l'atmosphère, les changements barométriques ou thermométriques, les influences telluriques ou cosmiques, etc.

En général, la scarlatine n'atteint le même individu qu'une seule fois dans sa vie. Je n'ai même jamais vu pendant les épidémies les plus graves un enfant ou un adulte, ayant déjà été infecté, être atteint une seconde fois par la maladie, tout en restant au milieu de personnes affectées de scarlatine.

Quelle est la nature du principe contagieux de la scarlatine ? quelles sont ses propriétés ? à quelle période de la maladie ce principe se développe-t-il, et à quel moment est-il le plus contagieux ? Ces questions ont été souvent renouvelées, mais jusqu'à présent on n'y a répondu que d'une manière incomplète. Je suis incapable de le faire moi-même, et comme je suis ennemi des hypothèses, je préfère avouer

mon ignorance plutôt que d'essayer « *obscura obscurioribus dilucidare* ».

DIAGNOSTIC DE LA SCARLATINE.

La présence d'une éruption rouge sur la peau n'est pas suffisante pour affirmer qu'on a affaire à une scarlatine; pour justifier une telle assertion, l'éruption doit être accompagnée de fièvre et d'inflammation pharyngienne, et être suivie de desquamation. Les signes diagnostiques de cet exanthème sont: La présence d'une efflorescence particulière; son mode de distribution sur la peau; l'état inflammatoire des organes servant à la déglutition; une desquamation spéciale; l'extension de la maladie par contagion; son apparition épidémique; les symptômes fébriles qui l'accompagnent, et, en dernier lieu, les conséquences auxquelles elle donne lieu.

Dans quelques circonstances, un grand nombre de ces caractères existent; dans d'autres, on en rencontre seulement un ou deux. Dans le premier cas, le diagnostic de la scarlatine est facile; dans les autres, il peut offrir de très-grandes difficultés. En effet, il peut arriver que la contagiosité de la maladie soit la seule preuve de sa nature, qu'il soit impossible de porter un diagnostic avant qu'on ait observé sa marche pendant un certain temps et il est même parfois nécessaire d'attendre pour cela qu'elle soit parvenue à la période de desquamation.

Les principales affections cutanées avec lesquelles on peut confondre la scarlatine sont les suivantes:

1° L'*érythème*. — Sous ce nom, je comprends ici toutes ces rougeurs morbides de la peau qui, lorsqu'elles ont envahi la plus grande partie de la surface cutanée, sont appelées érythèmes, mais qui prennent le nom de roséole, quand elles présentent des taches distinctes. Elles ne sont pas en général accompagnées de fièvre; et les symptômes fébriles qui peuvent exister sont dus à quelque autre maladie. D'ailleurs, ces éruptions sont très-irrégulières dans leur mode d'invasion, dans leur distribution sur la surface cutanée et dans leur durée; leurs différentes périodes ne persistent que pendant un très-court espace de temps; elles ne sont pas suivies de desquamation, et ne sont pas contagieuses.

2° Les différences entre la *rougeole* et la scarlatine peuvent être parfaitement indiquées dans le tableau suivant:

ROUGEOLE.	SCARLATINE.

A. — *In stadio prodromorum.*

ROUGEOLE.	SCARLATINE.
Il existe une inflammation catarrhale de la muqueuse qui tapisse les voies respiratoires, comprenant la membrane de Schneider, la muqueuse du larynx et de la trachée, la conjonctive palpébrale, etc.	Inflammation très-prononcée des organes qui servent à la déglutition, notamment des amygdales, du voile du palais et du pharynx.
Comme résultat de ces affections : rhume, épistaxis et photophobie : les yeux sont rouges, il y a de la tuméfaction de la face, autour de la houche, du nez et des yeux.	De là résultent une difficulté d'avaler et des vomissements coexistants, plus la tuméfaction des côtés du cou.
La fièvre est moins intense; le pouls, de 100 à 120 ; la chaleur de la peau est modérée.	La fièvre est forte ; le pouls entre 120 et 140 ; la température de la peau très-élevée au-dessus de la chaleur normale.
La durée de cette période est de trois à cinq jours.	La durée n'est que d'un à deux jours.

B. — *In stadio eruptionis.*

ROUGEOLE.	SCARLATINE.
L'effloresceuce apparaît d'abord sur la figure, et plus tard s'étend lentement sur le tronc et les membres, sa diffusion s'effectuant dans un intervalle de trente-six heures.	L'éruption se manifeste sur le cou et les parties supérieures de la poitrine, et se répand rapidement (en dix-huit heures) sur les autres parties du corps.
La fièvre et les symptômes catarrhaux persistent au même degré d'intensité.	La fièvre et les symptômes d'angine augmentent de violence.

C. — *In stadio floritionis.*

ROUGEOLE.	SCARLATINE.
Les taches sont de la dimension de l'ongle, d'une forme irrégulière, d'une coloration variant du jaune au rouge brun et séparées les unes des autres par des espaces de peau saine. Elles sont plus abondantes sur la figure et sur le tronc, mais plus petites sur les membres, et notamment à la paume des mains et à la plante des pieds. Elles prennent souvent la forme d'élevures papuleuses, dues à la tuméfaction des orifices des follicules pileux.	L'éruption consiste en plaques rouges, au moins aussi larges que la paume des mains, ou, ce qui s'observe plus fréquemment encore, recouvrant toute la surface du corps sans interruption. Leur coloration est écarlate ou présente une légère teinte bleue. Elles existent en plus grande quantité sur le cou et la poitrine, mais on les trouve presque aussi nombreuses sur les extrémités, les mains et les pieds. Ordinairement il n'y en a pas sur la figure.
La seule sensation subjective est celle d'une légère tension et de chaleur à la peau.	Le malade ressent une plus ou moins grande sensation de brûlure à la peau.
Pendant la seconde moitié de cette période, la fièvre et les autres symptômes concomitants diminuent d'intensité.	La fièvre et les autres symptômes concomitants persistent sans diminution, pendant toute cette période.
La durée de cette période est de trois à quatre jours.	Sa durée est de deux à six jours.

D. — *In stadio desquamationis.*

ROUGEOLE.	SCARLATINE.
La desquamation est furfuracée, s'étendant aux différentes parties du corps dans leur ordre anatomique. Il y a, en même temps, un dépôt pigmentaire considérable.	La desquamation consiste dans la chute de larges plaques membraneuses ; la peau prend aussi une coloration jaune. La desquamation est plus marquée sur les mains et les pieds, tandis que la teinte jaune est plus apparente sur la figure et sur le tronc.

ROUGEOLE.	SCARLATINE.
Les *suites* de la *rougeole* consistent principalement en des maladies inflammatoires des organes de la respiration, et en des affections diphthéritiques ou gangréneuses.	Les principales *suites* de la *scarlatine* sont des affections inflammatoires des glandes et du tissu aréolaire, l'hydropisie de tissu conjonctif sous-cutané et des cavités séreuses, et, en dernier lieu, l'albuminurie.

3° Une autre éruption que l'on peut confondre avec la scarlatine est la *miliaire*, particulièrement la forme qu'on a appelée *M. rubra*, et qui est, je crois, identique avec l'affection connue sous le nom de *sudamina*. Les seuls cas où l'on puisse commettre cette erreur sont ceux dans lesquels la scarlatine est combinée avec une éruption miliaire ou avec des sudamina; et même alors, l'exanthème présente tant de caractères qui manquent complétement dans toutes les formes de miliaire, qu'une erreur est à peine possible. Nous donnerons d'ailleurs des détails ultérieurs au chapitre de la miliaire.

TRAITEMENT DE LA SCARLATINE.

On a employé des remèdes contre la scarlatine dans deux buts différents: premièrement, dans l'espoir de préserver l'organisme de la contagion de cette maladie; deuxièmement, avec la pensée d'agir directement contre l'affection elle-même dans ses formes irrégulières. Je dois, en conséquence, parler du traitement *prophylactique* aussi bien que de la médication *curative* de la scarlatine.

Dans le but de prévenir l'invasion de cette maladie, les médecins ont proposé toute espèce de mesures prophylactiques et ont administré des remèdes de toute nature; malheureusement, on a toujours été obligé de les rejeter au bout de très-peu de temps, comme parfaitement inutiles. Les plus anciens auteurs avaient une grande confiance dans les acides minéraux, et l'acide hydrochlorique a été récemment préconisé comme un prophylactique par Godelle. Hufeland et Hahnemann attribuaient à la belladone une influence protectrice contre la scarlatine; des praticiens hydropathes ont recommandé l'usage journalier d'ablutions froides; Webster conseillait de laver le corps avec du vinaigre étendu d'eau; Dehne, de pratiquer des onctions avec de l'huile.

Aujourd'hui, toutefois, il n'y a probablement pas un seul médecin d'hôpital ou un praticien expérimenté qui attache une certaine importance aux mesures prophylactiques que j'ai mentionnées. Je pense donc que la seule prophylaxie efficace de la scarlatine consiste à éloi-

gner les personnes bien portantes de celles qui sont affectées, et cela d'aussi bonne heure et aussi complétement que la chose est possible.

Quant au traitement curatif (dans le sens le plus strict du mot), le *pium desiderium* de posséder un remède qui neutraliserait le virus de la scarlatine conduisit autrefois à employer des émétiques, des agents soi-disant antimiasmatiques et diaphorétiques (tels que le chlore, l'acide acétique, le carbonate d'ammoniaque), des irritants appliqués sur la surface cutanée, la méthode antiphlogistique (section de la veine et calomel), et, finalement, la cure par l'eau froide, et même des frictions sur toute la surface du corps avec du lard. On a prouvé que tous ces moyens thérapeutiques, cependant, sont inertes, et plutôt nuisibles qu'utiles.

Aussi, dans mon opinion et d'après mon expérience, on n'est pas encore parvenu à trouver un remède spécifique de la scarlatine, ni à découvrir une méthode certaine pour guérir cette affection. Mais je suis bien loin de dire qu'il faille se croiser les bras, et laisser la maladie suivre son cours sans aucune intervention.

Car, quoiqu'on ne possède aucun antidote contre le principe contagieux, on a néanmoins des remèdes à opposer à ses effets destructeurs. Aussi doit-on s'appliquer à faire la médecine des symptômes et diriger le traitement principalement contre les complications et les suites qui entravent la marche régulière de la maladie.

Dans les cas où la scarlatine ne présente pas de complications, où il existe une fièvre et une angine légères et dans lesquels on ne constate aucuns symptômes pouvant causer de l'inquiétude, il n'est nullement nécessaire d'instituer un traitement médical. Il suffit alors de faire prendre au malade des boissons acides fraîches, d'administrer de petites doses d'un acide minéral ou végétal quelconque, et de prescrire les mesures hygiéniques les plus propres à déterminer la guérison.

Peut-être ne sera-t-il pas superflu de rapporter en détail les instructions que j'ai l'habitude de donner pour l'installation des malades atteints de scarlatine.

1° Des boissons rafraîchissantes, fraîches (telles que de l'eau de fontaine froide, de la limonade, de l'eau additionnée avec le jus de quelque fruit acide, etc.) doivent être données à de courts intervalles et au gré du malade; ces boissons lui sont très-agréables, et remplissent les indications fournies, par la présence de la fièvre, les affections des membranes muqueuses et des voies digestives, beaucoup mieux que les liquides mucilagineux tièdes et souvent échauffants qu'on administrait autrefois.

2° Le régime devra consister en un bouillon fait avec de la viande légère ou du gruau, en du laitage et des fruits bien cuits.

3° L'air sera renouvelé au moins deux fois chaque jour et maintenu frais, sa température ne devant jamais dépasser 66° F. (18° C.). On évitera l'encombrement dans la chambre du malade, en ne laissant auprès de lui que les personnes nécessaires pour le soigner.

4° Que le malade garde le lit, mais que ses couvertures soient strictement assez chaudes pour l'empêcher de sentir le froid. Les lits de plumes et les couvertures pesantes seront, autant que possible, proscrites; et l'on aura soin de supprimer les rideaux de lit, qui s'opposent à la libre circulation de l'air.

5° Il ne faut pas négliger les soins ordinaires de propreté; changer les draps de lit et le linge de corps aussi souvent qu'il sera nécessaire; peigner la tête, laver la figure et les mains chaque jour.

6° Un malade atteint de scarlatine ne doit pas quitter son lit de deux ou trois jours, jusqu'à ce que la soif excessive ait disparu, que la peau soit devenue douce et moite et le pouls à l'état normal.

7° Après la terminaison de la période de desquamation (*stadium desquamationis*) — qui a lieu, environ, à la fin de la troisième semaine (en supposant que l'affection suive son cours régulier) — on ordonnera un bain tiède tous les trois jours.

8° Dès que la desquamation est terminée aux mains, aux pieds et à la figure, — ce qui a lieu au commencement de la quatrième semaine à partir de la première apparition de l'éruption, — on cessera tout traitement et l'on permettra au malade de sortir en plein air, à moins qu'il ne survienne quelques symptômes nouveaux.

Le terme ordinaire de six semaines n'est pas nécessaire dans les cas où la scarlatine suit son cours normal; tandis que, d'un autre côté, quand il existe des complications, ce n'est souvent pas suffisant pour permettre la disparition de tous les symptômes de la maladie.

Dans le traitement médical, j'évite à dessein de donner des diaphorétiques ou des purgatifs; les premiers, parce que, sans nécessité, ils augmentent la congestion de la peau; les seconds, en ce que nécessairement ils irritent la surface intestinale, qui se trouve déjà dans des conditions morbides.

Je ne puis m'empêcher d'insister encore une fois sur ce fait que, dans les maladies qui suivent une marche typique et qui sont accompagnées de symptômes plus ou moins réguliers — parmi lesquels sont compris tous les exanthèmes (et bien entendu la scarlatine — on doit

observer les précautions hygiéniques bien plutôt que recourir à une médication quelconque. Plus simple est le traitement, plus aisément la nature amène la guérison. Aussi, dans les scarlatines qui ont un cours normal, je préfère à toute intervention médicale active la « méthode expectante » aidée d'une hygiène convenable.

D'un autre côté, si les complications surgissent, soit au début de la maladie, soit pendant son évolution, il faut prescrire les médicaments qui arrêtent les progrès de ces affections secondaires, les éloignent, ou du moins atténuent leur intensité quand elles se sont déjà développées.

Dans le traitement de l'angine, rien ne réussit mieux que de donner au malade de l'eau froide glacée, ou de petits morceaux de glace, nuit et jour, sans interruption, jusqu'à ce que la tuméfaction du pharynx ait cessé, que la douleur pendant la déglutition et les autres symptômes aient disparu. Dans le cas où le gonflement des amygdales augmenterait rapidement, on pourrait employer avec grand avantage le nitrate d'argent à l'état solide, ou en solution; et avoir recours aux autres moyens qu'on emploie ordinairement dans de semblables circonstances.

En raison de sa course rapide, nous sommes complétement impuissants contre cette forme de scarlatine que j'ai attribuée à une dissolution du sang. Aucun des remèdes qui ont été proposés (y compris le camphre, le musc, les vésicatoires, la saignée et la cure d'eau froide) n'est capable soit d'enrayer ses progrès, soit de prévenir sa terminaison fatale.

Il est bon cependant de s'efforcer d'atténuer les symptômes par l'emploi d'affusions froides, de frictions, « d'emmaillotement » dans des draps mouillés et des applications froides sur la tête, ou par l'usage des remèdes généralement prescrits contre le typhus, comme la quinine, les boissons acides, ou même l'opium, la morphine et l'infusé d'ipéca, etc.

On ne possède aucun remède contre l'hydropisie consécutive, pas plus que pour la scarlatine elle-même. Chez les enfants qui refusent obstinément de prendre des remèdes, et chez les malades qui sont traités homœopathiquement ou hydropathiquement, on observe souvent que la nature, sans l'aide de la médecine, effectue la guérison d'épanchements hydropiques, par une transpiration et une diurèse abondantes. Notre mission est donc de seconder les efforts de la nature, au bon moment et d'une manière judicieuse, et non de les arrêter, dans notre impatience, en donnant continuellement des remèdes et en modifiant fréquemment nos prescriptions.

Dans ce cas encore, la meilleure maxime est que, le traitement le plus simple donne les résultats les plus certains.

La première question qui se présente d'elle-même est de prévenir, si faire se peut, par l'usage d'une médication appropriée, l'apparition de l'hydropisie quand la présence de l'albumine ou d'autres symptômes non équivoques indiquent qu'elle est prochaine.

A mon point de vue, on peut réussir en agissant quant l'épanchement se produit lentement et n'est pas accompagné de symptômes d'affections inflammatoires des organes internes. Dans ces circonstances, si le malade est d'une bonne constitution, on le tiendra à un régime sévère, et l'on prescrira des laxatifs doux, l'usage de bains et d'ablutions froides; tandis que chez les personnes anémiques on donnera une nourriture substantielle et facilement digestive, des préparations de fer et de quinine. Si par ces moyens on ne parvient pas entièrement à prévenir l'hydropisie, du moins on arrêtera en grande partie ses progrès.

Si l'albuminurie survient avec d'autres complications de la scarlatine, son traitement et celui de ses effets doit être basé sur les mêmes principes qui nous guident dans la médication de ces altérations quand elles sont indépendantes de cet exanthème. En terminant, je dois dire quelques mots relativement aux méthodes spécifiques de traitement contre la scarlatine qui ont été proposées par des médecins et par des personnes étrangères à notre profession. Je fais allusion à l'usage de l'eau froide pour la cure de cette maladie, et à l'idée de Schneemann de frictionner toute la surface du corps avec du lard.

Le traitement par l'eau froide a été recommandé, depuis longtemps, par Bateman et a été récemment préconisé par les hydropathes. Il comprend l'emploi de l'*affusion* froide, de l'« *emmaillotement* » dans des draps mouillés froids, et des *ablutions* froides. Quant à la manière dont l'*affusion* devrait être pratiquée, les règles posées par Curié sont encore les plus complètes qui aient été données, et sont précisément les mêmes que celles adoptées par les hydropathes modernes. Curié faisait asseoir le malade dans une baignoire vide et versait sur sa tête vingt ou vingt-cinq litres d'eau froide, jusqu'à ce que tout le corps fût entièrement mouillé.

Ce traitement était commencé bientôt après la première apparition de l'éruption, et était répété aussi souvent que la peau devenait chaude et sèche, en général de six à douze fois par jour. En même temps on administrait des boissons acides fraîches. Après chaque affusion, le ma-

lade, après avoir été séché, était immédiatement mis dans son lit et abandonné à lui-même.

Les « *emmaillotements* » sont pratiqués d'après la méthode de Gräfenberg. Ils sont employés indifféremment dans tous les cas, dans le but de déterminer une perspiration libre bien plus que dans la pensée de rafraîchir la peau. Un ou deux larges draps sont d'abord trempés dans l'eau et bien tordus ; on en enveloppe alors le malade depuis le menton jusqu'en bas ; la tête, à l'exception de la face, est ensuite entourée de serviettes mouillées, sur lesquelles, enfin, on applique de la glace (Eisumschlage) s'il existe une congestion intense. Il reste ainsi emmaillotté depuis deux jusqu'à quatre heures, pendant lesquelles on lui donne à boire de l'eau froide. A la fin de cette période, le malade, qui est alors dans un état de transpiration abondante, doit encore prendre un bain froid ou être arrosé avec de l'eau froide. Cet exercice est répété au moins deux fois chaque jour, et même plus souvent, notamment si la peau est très-chaude et sèche.

La troisième méthode de traitement par l'eau froide, celle de *l'ablution*, est plus généralement applicable que l'une ou l'autre de celles que j'ai déjà décrites, et offre moins de difficulté dans la pratique, tout en atteignant encore le but que l'on se propose. Elle consiste simplement à laver le malade avec des éponges trempées dans de l'eau froide, ensuite sa peau est frictionnée énergiquement avec un morceau de flanelle ; ce procédé est répété aussi souvent que la chaleur et la sécheresse de la surface cutanée augmentent. On pourrait également employer de l'eau tiède au lieu d'eau froide, ce qui serait plus agréable pour le malade.

Il me semble cependant que, dans la plupart des cas (particulièrement chez les enfants, qui forment la majorité des sujets atteints de scarlatine), l'application systématique de l'eau froide ne serait pas bien supportée, et difficile à administrer. En effet, je pense qu'elle serait positivement nuisible dans bon nombre des affections accompagnant cet exanthème, et notamment dans les maladies des organes respiratoires et circulatoires, dans lesquelles une excitation violente peut devenir immédiatement fatale.

Du moins, les médecins prendront en considération l'état du patient et les autres circonstances particulières à chaque cas avant d'avoir recours à un mode aussi héroïque de traitement.

La méthode récemment proposée par Schneemann, de traiter la scarlatine en frictionnant la surface du corps avec du lard, n'est que la reproduction de celle que Dehne avait recommandée en **1810**, de faire

des onctions sur la peau avec de l'huile. Ces deux auteurs furent amenés à conseiller l'usage des frictions par cette pensée que, dans la scarlatine, le principal danger tient à ce que les fonctions de la peau sont altérées par la maladie, comme si elle était le siége de brûlures étendues. Ils supposaient que des onctions sur la surface cutanée, avec des substances grasses et huileuses, assureraient l'intégrité de l'organe malade, et préviendraient l'apparition de quelque affection secondaire due au trouble des fonctions cutanées.

Les règles pour l'emploi de cette méthode sont les suivantes : on prend un morceau de lard, aussi grand que la paume de la main, dans lequel la graisse adhère encore au cuir, ce qui permet de le tenir plus facilement, et l'on pratique aussi plusieurs coupes sur cette surface. On frictionne alors vigoureusement tout le corps, à l'exception du visage et de la tête. On commence cette opération dès le début de la maladie, et on la répète au moins deux fois chaque jour, matin et soir. Excepté la partie qu'on frotte, on doit éviter de découvrir le malade pendant ce traitement. Le linge ne doit pas être changé trop souvent, et il faut éviter avec soin de mettre la peau en contact avec de l'eau. Il est nécessaire de maintenir la chambre à une température modérément fraîche, 61° F. (16° C.). Le patient doit rester au lit aussi peu de temps que possible, et on le soumet seulement pendant la durée de la fièvre à un régime approprié ; à partir du dixième jour, compté depuis le début de la maladie, on pourra lui permettre de sortir au grand air. Il faut toutefois continuer les onctions pendant trois semaines entières, sans interruption ; après ce temps on conseillera l'usage des bains chauds.

Schneemann pensait que par ce moyen la maladie était guérie après la disparition de l'éruption, et qu'il ne survenait pas de desquamation.

Quoique ce mode de traitement soit déjà tombé en désuétude, et qu'un très-petit nombre de médecins ait cru devoir suivre l'exemple de Mauthner et d'Illisch en l'introduisant dans leur pratique, je dois cependant relater ici les résultats de mes expériences personnelles sur cette médication. J'ai suivi avec le plus grand soin les indications de Scheemann dans le traitement de vingt enfants atteints de scarlatine ; mais j'ai le regret de dire que je n'ai pas observé les bons effets que leurs rapports élogieux me faisaient espérer. Ce procédé ne prévient certainement pas l'apparition des complications, car chez ces malades il survint, chez deux, une *angine gangréneuse* ; chez un autre, une diphthérite ; dans deux autres cas, une pneumonie ; et enfin, deux fois,

une hydropisie. Je n'ai pas non plus remarqué que par cette méthode on s'opposât à la propagation de la scarlatine par contagion, ni qu'elle empêchât la desquamation. D'un autre côté, on ne peut nier que dans quelques circonstances ce traitement ne soulage les sensations insupportables de démangeaison et de brûlure dont se plaignent les malades, ne diminue la sécheresse et la chaleur de la peau, et ne favorise la transpiration. Par le fait, le bénéfice résultant de la friction avec du lard est exactement le même que celui produit par les ablutions d'eau froide.

CHAPITRE X

VARIOLE.

IVᵉ classe (suite). — **Dermatoses contagieuses, aiguës, exsudatives.**

(Febris variolosa, Blattern, Pocken, Petite Vérole, Smallpox, Vajuolo).

HISTORIQUE DE LA VARIOLE.

Avicenna, « Liber canonis de Medicinis cordial., » Venetiis, 1662. — *Rhazes*, « De Variolis et Morbillis », Londini, 1766 (Syd. Soc. Trans., Lond., 1848). — *Sydenham*, « Opera », sect. 3, édit. Batav., 1700 (Syd. Soc., 1844). — *R. Morton*, « Pyretologia », Amstelodami, 1699. — *Mead*, « De Variolis et Morbillis liber », 1747. — *Huxham*, vol. ii. — *Van Swieten*, « Commentaria in H. Boerhaave Aphorismos », tom. V, Lugd. Bat., 1772. — *Cotugno* (*Cotunnius*), « De Sedibus Variol. Syntagma », 1771. — *Borsieri* (*Burserius*), « Institutiones Med. Pract. » — *De Haen*, « Abhandlung von der sichersten Heilart der natürlichen Pocken », Wien, 1775. — *Peter Franck*, « De Curandis hominum Morbis », Ticinæ, 1792, § 329. — *Friedr. Hoffmann*, « Opera omnia Physico-medica », Genevæ, 1740. — *Joh Storch*, « Abhandlung von Blatternkrankheiten », Eisenach, 1753. — C. L. *Hofmann's* « Abhandlung, von den Pocken », Münster u. Hamm., 1770. — *Sauvages* (F. Boissier de), « Nosologia Meth. », t. I, p. 422, Amst., 1748. — *Muhry*, « Hufeland's Journal », vol. XXVIII, p. 1, and vol. XXX, p. 128. —

Stieglitz, « Horn's Archiv », XI, p. 187. — *Petzholdt*, « Die Pockenkrankheit mit besonderer Rucksicht auf die path. Anatomie », 1836. — *Rilliet* et *Barthez*, 1843, ii, p. 430. — *Gregory*, « Lectures on the Eruptive Fevers », 1843. — *Williams*, « Elements of Medecine », 1826, i, 192. — *Eimer* (Chr. H.), « Die Blatternkrankheit in path. u. Sanitätspolizeilicher Beziehung », etc., Leipzig, 1853. — Consultez, enfin, les ouvrages des dermatologistes bien connus, tels que ceux de *Willan*, *Bateman*, *Alibert*, *Rayer*, *Cazenave*, v. *Schedel*, *Gibert*, *Devergie*, *Fuchs*, *Simon*, etc.

Si l'on consulte certains manuscrits conservés au Musée britannique, dont l'origine est antérieure à l'année 900 A. D., et dans lesquels le mot variole est fréquemment employé, la dénomination appliquée aujourd'hui à cette maladie paraît avoir été en usage même avant l'époque de Constantius Africanus, que l'on considère comme le premier médecin l'ayant connue, et lui ayant donné le nom de variole. Il est, cependant, incontestable que cette affection date d'une antiquité si reculée que les historiens médicaux cherchent vainement à fixer l'époque de sa première apparition. Selon Moore, elle existait en Chine et dans l'Indostan bien avant l'époque d'Hippocrate. D'autres auteurs, parmi lesquels se trouvent Freind, Mead et Gregory, pensent que la première mention qui la concerne se trouve dans les écrits de Procopius (A. D. 544). Bryce rapporte la première invasion de la petite vérole à l'année 522; elle apparut alors, dit-on, dans les pays situés sur les bords de la mer Rouge. La plus ancienne description, toutefois, qui puisse avec certitude être considérée comme se rapportant à cette maladie est celle de l'école arabe, et notamment de Rhazès, A. D. 910.

Certains médecins assurent que le mot variole fut créé par les moines qui, durant le moyen âge, étaient, comme personne ne l'ignore, les représentants des sciences. Ils le tirèrent du mot latin *varus* (qui signifie papule, pustule ou tubercule) qu'on retrouve dans Pline. D'autres enfin le font dériver du mot grec αἰόλος (*varius*, *variegatus*). Le terme allemand *pocke*, signifie petite poche ou pustule.

Lorsque, à la fin du xve siècle, on reconnut la syphilis, maladie dont l'éruption dans quelques cas ressemble à celle de la variole, il devint nécessaire de trouver des moyens de distinguer ces deux affections l'une de l'autre. Telle est l'origine du mot anglais *Smallpox*, et de l'expression française *la petite vérole*.

Les divers auteurs médicaux ou autres, qui se sont occupés de la variole, ont tous reconnu que cette maladie est contagieuse. Mais le peu de rapports qui existait autrefois entre les différentes nations explique

pourquoi la petite vérole s'est peu répandue avant le XIe siècle. L'agent le plus puissant pour la diffusion de cette affection a été les croisades dans le XIe, le XIIe et le XIIIe siècle, et pendant ces guerres elle a été portée de l'est à l'ouest. Sa première apparition en Allemagne remonte à l'année 1493 ; on dit qu'elle fut importée de Hollande par les soldats de Maximilien Ier. A partir de cette époque, la variole se répandit rapidement en Europe et en Amérique, et l'on compta par millions ses victimes dans ces différentes parties du globe.

On constata, toutefois, que certaines épidémies avaient un caractère bénin, et même que dans quelques circonstances la maladie se terminait d'une manière favorable. Aussi, dans le cours du XVIIIe siècle, des médecins eurent l'idée que ces épidémies bénignes et ces cas de petite vérole pouvaient être utilisés pour produire artificiellement ces mêmes maladies chez les personnes qui n'avaient pas encore été atteintes ; c'est là l'origine de la pratique de l'inoculation de la variole. Eimer et d'autres prétendent que cette opération se pratiquait déjà en Chine, en Circassie et en Afrique au XIe siècle. Mais, selon moi, le premier fait certain de cette méthode ne remonte qu'à 1718, lorsque lady Mary Wortley Montague, la femme de l'ambassadeur anglais à Constantinople, se fit inoculer la petite vérole avec de la matière prise sur un varioleux. Ce fut le point de départ de l'introduction de cette méthode en Angleterre. De ce pays, ce moyen de protection contre la petite vérole par l'inoculation se propagea dans toutes les autres parties de l'Europe ; mais elle n'y fut que partiellement acceptée. Des épidémies se présentèrent aussi fréquemment ; la maladie fut même par ce procédé introduite dans des pays où elle n'avait pas encore pénétré. Aussi, en avançant dans le XVIIIe siècle, la pratique de l'inoculation avec le virus variolique devint de moins en moins commune et finit même par être défendue dans la plupart de ces contrées ; l'évidence statistique montrant qu'en dépit de cette méthode plus d'un million de personnes mouraient annuellement de la variole.

Lorsqu'on réfléchit à cette grande mortalité, on apprécie à sa juste valeur la découverte de Jenner sur l'influence protectrice du cowpox contre la petite vérole. Cette découverte, d'après quelques auteurs, n'est pas attribuée à Jenner mais à d'autres, tels que Plett, d'Holstein, qui était un maître d'école ; Rabot-Pommier, de Montpellier, ministre protestant, en 1781, et, enfin, Sutton et Fewster, qui inoculaient la variole en 1768. Mais à Jenner appartient sans aucun doute le mérite d'avoir donné des preuves incontestables non-seulement de la puissance prophylactique, mais encore de l'application pratique de la vaccina-

tion. Depuis l'introduction de cette méthode, les épidémies de variole ont continué à faire leur apparition plus rarement cependant et avec moins de gravité. Aussi ceux qui soutiennent que le cowpox donne une protection absolue sont arrivés à supposer qu'il existait d'autres affections pustuleuses ressemblant de très-près à la petite vérole, mais cependant pas tout à fait identiques avec elle. Moreau de Jonnès, en particulier, dit que la varioloïde constitue une maladie indépendante tout à fait distincte de la petite vérole et contre laquelle la vaccination n'offre aucune sécurité. Dufau, Dubois, Paradis, Eber, Neurohr, Küster, Strecker et autres ont adopté la même opinion. La varicelle, dont la première description est due à Heberden en 1766, a, depuis l'introduction de la vaccination, été considérée comme une forme de variole modifiée par cette opération. Il est clair toutefois, comme cela a été prouvé par de Haen en 1775, que cette maladie existait longtemps avant la découverte de Jenner, et que sa marche était aussi bénigne que depuis l'emploi du vaccin. La question de savoir si la variole est une seule maladie présentant trois différentes formes, ou si il y a deux ou trois affections pustuleuses plus ou moins semblables, ne pouvait être résolue que par la production de preuves indiquant si ces exanthèmes sont déterminés par un seul principe contagieux ou par plusieurs.

Les médecins qui ont eu l'occasion d'observer des petites véroles ont pu tous remarquer que, lorsque plusieurs personnes sont atteintes dans la même famille ou dans la même localité, l'intensité varie suivant les individus. Ainsi, on voit dans ces épidémies des varioloïdes, des varicelles (1) et des varioles. On peut donc se demander quels sont les principes contagieux qui, dans ces différents cas, amènent la maladie? Pour être conséquents, il serait nécessaire d'admettre l'existence de plus d'une épidémie; pour supposer, en un mot, la prédominance de la

(1) En ce qui concerne ce que nous allons dire, le lecteur doit se rappeler que la définition que le professeur Hebra donne de la varicelle est entièrement différente de celle à laquelle nous sommes habitués dans ce pays. Par varicelle, il entend simplement une forme bénigne de petite vérole, bien qu'en même temps il ne croie pas à l'existence d'une maladie distincte telle que nous supposons être celle que nous appelons varicelle. Aussi la critique des idées du professeur Hebra par le docteur Gee, dans son « Système de médecine » (1866, vol. I, p. 520), me paraît hors de propos. Le professeur Hebra nie l'existence d'une maladie spéciale comme celle que nous nommons varicelle, et il comprend sous le même nom tous les cas de variole bénigne, qu'il désigne collectivement sous le nom de varicelle, et il ajoute que cette affection est susceptible d'engendrer la petite vérole. A cela on peut répondre que sans doute parmi les cas que le professeur Hebra dénomme varicelle il peut s'en rencontrer quelques-uns susceptibles de transmettre la variole, mais il resterait à prouver si tous ceux que nous connaissons sous le nom de varicelle ont réellement le pouvoir de faire naître la variole.

(*Note du traducteur anglais.*)

varicelle à un moment donné sur la petite vérole et sa modification, la varioloïde. Aucun homme pratique et expérimenté ne voudrait soutenir cette thèse. Il existe des preuves positives que la varicelle peut amener la variole ou la varioloïde, et que, d'un autre côté, la variole peut déterminer, chez certains individus, la varicelle indépendamment de l'influence due à une vaccination antérieure. J'ai chaque année occasion d'observer que lorsqu'il se présente dans ma clinique médicale un cas de smallpox dans quelqu'une de ses variétés ou de varicelle, plusieurs étudiants vaccinés ou non vaccinés qui se trouvent en contact avec les sujets affectés sont atteints par la maladie, et que dans ces circonstances les symptômes qui surviennent chez l'individu contaminé ne sont pas toujours les mêmes que ceux du cas originel.

Dans l'hôpital général de Vienne, il arrive souvent que des varioleux ou des varicelleux sont placés accidentellement parmi d'autres malades dans une chambre qui n'est pas spécialement destinée à ce genre d'affections, et qu'ils y restent pendant plusieurs heures ou jusqu'au jour suivant ; ce temps est quelquefois suffisant pour y infecter un ou plusieurs de ceux qui sont atteints d'autres maladies ; on voit donc alors quelques cas très-graves de variole vraie occasionnés par un individu ayant seulement une varicelle bénigne. On en a une preuve encore plus évidente lorsque une épidémie de petite vérole sévit parmi les enfants nouveau-nés dans l'hôpital de Vienne. Dans ces circonstances, on observe simultanément des varicelles et des varioles vraies, les premières suivant une marche favorable, les autres défavorable. Le même enseignement résulte de l'histoire de l'inoculation de la petite vérole. C'est pour cette raison que personne n'employait la lymphe provenant de la variole vraie ; on choisissait de préférence le contenu des vésicules de la varicelle, la forme la plus bénigne de la maladie, dans l'espoir de prévenir des conséquences fâcheuses. C'est là sûrement une preuve que la varicelle a été, de mémoire d'homme, la source d'épidémies dévastatrices de variole.

De tout ce qui vient d'être dit, je conclus que la petite vérole est une, et ne renferme pas deux ou trois maladies différentes, bien que comme toute autre affection elle puisse présenter divers degrés d'intensité. J'applique le nom de *variola vera* à la forme la plus grave de cette maladie, celle dans laquelle l'éruption est abondante, la fièvre intense et dont l'issue est souvent fatale. D'un autre côté, j'emploie le terme de *varicella* pour les cas dans lesquels l'éruption est peu abondante, dont la marche est régulière et qui se termine toujours par la guérison. Entre ces deux extrêmes se trouve la varioloïde comme terme moyen ;

c'est une éruption modérée dont la marche est en général bénigne et la terminaison heureuse (1).

Le fait d'une vaccination antérieure ne change rien au nom que l'on doit donner à un cas particulier. Car j'ai observé des varioles graves, *variola vera*, chez ceux qui avaient été vaccinés; tandis que chez les enfants nouveau-nés, non vaccinés, la maladie suit quelquefois une marche tout à fait bénigne, de façon à ne produire que l'affection que j'appelle varicelle.

Je ne puis pas non plus admettre que certains caractères anatomiques (tels que l'ombilicus, la structure cellulaire ou ce qu'on nomme les pseudo-membranes des pustules) soient, comme l'ont affirmé quelques auteurs, caractéristiques de la petite vérole; je ne regarde pas davantage la fièvre secondaire qui, comme on l'a dit, ne doit se présenter que dans la variole vraie, comme appartenant exclusivement à cette forme de la maladie.

Car si d'un côté on considère que l'épiderme a une ligne d'épaisseur, consistant en plusieurs couches placées les unes au-dessus des autres, et que le liquide qui donne naissance à la vésicule de la pe-

(1) Sur ce point il m'est impossible de partager l'opinion de M. le professeur Hebra. Avec le traducteur anglais, je pense qu'on ne doit pas confondre les formes bénignes de la petite vérole et de la varioloïde avec la varicelle. Je crois que cette dernière affection est une maladie à part, ayant ses caractères bien tranchés, n'étant jamais engendrée par la variole grave ou bénigne, ne la transmettant jamais, ne préservant pas non plus de la contracter, et enfin reproduisant toujours une éruption vésiculeuse constamment identique avec elle-même. A ces différents points de vue, la varicelle mériterait une place spéciale dans un ouvrage de dermatologie. La plupart des auteurs et le professeur Trousseau entre autres ont depuis longtemps fixé la science sur ce point. Ils ont fait observer avec raison qu'à moins d'exceptions très-rares la variole n'attaque jamais un enfant qui a été vacciné deux ou trois ans auparavant, tandis qu'au contact d'un varicelleux de son âge, il prend facilement cette maladie. Ces deux exanthèmes peuvent marcher simultanément, M. le docteur Delpech a rapporté l'histoire d'un enfant qui avait eu en même temps la variole et la petite vérole volante (varicelle). « Exposez un individu », dit M. le professeur Trousseau (*), « à contracter la varicelle, et » jamais il ne contractera la variole. En sera-t-il de même si vous inoculez le virus pris » sur un malade atteint de la variole modifiée la plus bénigne, la plus discrète ? En » outre, si la variole présente des manières d'être très-variables, la varicelle est une » dans ses formes comme dans ses allures; en aucun cas surtout, une variole antécé- » dente n'exerce la moindre influence sur la varicelle qui la suit. De plus, tandis que » les récidives de variole se présentent comme des cas exceptionnels, les récidives de » varicelle sont loin d'être aussi rares. »

Enfin la varicelle ne détermine jamais la mort, à moins de complications indépendantes de cette maladie; on ne saurait en dire autant de la variole ni même de la variole modifiée. L'incubation de la variole dure de neuf à onze jours, celle de la varicelle de quinze à dix-sept, autant qu'il est permis d'en juger, car, croyons-nous, on n'a jamais pu l'inoculer. En résumé, donc, conditions épidémiques, symptômes généraux, mode d'apparition, forme de cette éruption, impossibilité d'inoculation, etc., tout sépare la varicelle de la variole. (A. D.)

(*) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1865, 2e édition, t. I, p. 85 et seq.

tite vérole est sécrété par les vaisseaux des papilles ou par ceux qui nourrissent les follicules, et si de l'autre on suit attentivement le développement des pustules elles-mêmes, on trouvera que leur structure anatomique est tout à fait différente de celle que l'on admet ordinairement.

Si l'on fait une section verticale ou horizontale de la papule variolique à son début, on remarque que le sommet de cette papule est formé toujours simplement du stratum le plus superficiel de l'épiderme; la surface qui est immédiatement au-dessous est constituée par des couches épidermiques adoucies et de formation récente. A ce moment, le contenu ne présente aucun élément déterminé, on y trouve un petit nombre de nouvelles cellules épidermiques avec quelques globules de pus et de sang. Si cette opération est répétée lorsque la vésicule a atteint un plus grand développement, les phénomènes anatomiques sont les mêmes, ou tout au moins la seule différence qu'il y ait consiste dans le plus grand nombre de cellules de pus, nombre qui va en croissant chaque jour. Dans aucun cas on ne découvre d'autres produits pathologiques, soit adhérents à la surface supérieure de la papule ou vésicule, soit contenus dans son intérieur. L'enveloppe épidermique de l'une de ces papules ou vésicules coupée horizontalement et soumise au microscope, présente une forme tantôt discoïde, tantôt annulaire, suivant que son centre est ou n'est pas traversé par un poil. Il est donc évident que les pustules varioliques surviennent autour des orifices des follicules pileux et dans les espaces interfolliculaires. Lorsque la papule de la petite vérole est arrivée à l'état de vésicule complétement développée, elle ne rendra, si on la perce sur un côté et si on la soumet à une pression, qu'une partie de son contenu. La totalité du liquide ne disparaîtra qu'en enlevant le sommet de la vésicule, ou bien en la ponctionnant latéralement sur différents points; c'est ce dont on s'est aperçu souvent pour les vésicules de la vaccine et dont on s'est servi dans la pratique. C'est ce qui avait fait croire que la vésicule variolique ou vaccinale contenait dans son intérieur un certain nombre de membranes qui divisaient sa cavité en autant des vacuoles. On peut se convaincre qu'il n'en est pas ainsi en coupant la moitié d'une vésicule et en l'enlevant avec une paire de pinces; dans ces circonstances, on verrait alors les compartiments séparés s'ils existaient. Ce fait étant prouvé que le contenu d'une vésicule ne sort que partiellement par une ponction latérale, je me crois autorisé à l'interpréter tout autrement. Je crois aussi être à même d'expliquer le développement de l'ombilicus et la nature de ce qu'on appelle la pseudo-membrane.

Lorsque l'éruption de la petite vérole commence, on aperçoit un liquide sécrété, soit par les vaisseaux des papilles, soit par ceux des follicules. Ce liquide, qu'on pourrait appeler blastème, liquide intercellulaire ou exsudation, apparaît sous forme d'une petite goutte. Il rencontre de tous les côtés l'épiderme et, comme je l'ai déjà expliqué longuement, il est obligé de traverser la substance de ce tissu. Si le « *vis premens à tergo* » continue à pousser en avant cette goutte de liquide, elle arrivera, après avoir traversé les couches les moins résistantes de la peau, au stratum corné extérieur, lequel, moins susceptible d'imbibition, opposera au liquide une plus grande résistance et s'élèvera au-dessus de la surface de manière à former une papule, qui, lorsque l'exsudation aura augmenté en quantité, deviendra une vésicule.

Maintenant si le liquide est sécrété par les vaisseaux des papilles dans un espace interfolliculaire, la papule et ensuite la vésicule aura une forme semi-globulaire et ne présentera aucune dépression à son centre. Mais si, d'un autre côté, les vaisseaux nourrissant un follicule pileux contiennent de la matière formative, elle pénétrera directement les couches de l'épiderme tapissant les parois du follicule et déterminera une tuméfaction de cette substance. La portion du canal pilifère qui est immédiatement en rapport avec le poil trouve là un certain soutien, tandis que la couche contiguë externe est moins fermement adhérente et par conséquent se détachera la première par l'action de ce liquide. Ainsi donc, les couches qui ne sont pas en contact direct avec le poil, s'élèveront au-dessus du niveau de la peau plus que celles qui se trouvent au centre, et formeront autour du poil un anneau élevé que l'on aperçoit distinctement à la première apparition de l'éruption, lorsqu'elle n'est encore que papuleuse. Comme la quantité de liquide s'accroît et que la papule devient vésicule, cet anneau augmentera aussi en volume, et même lorsque le contenu se sera accumulé au point d'élever le centre lui-même de la vésicule au-dessus du niveau de la peau, il restera toujours une trace de cette dépression particulière en forme d'entonnoir, c'est ce qui forme l'ombilicus. J'ai déjà montré que si la papule de la petite vérole est ou n'est pas développée autour de l'orifice d'un follicule pileux, l'épiderme est, dans tous les cas, le récipient de l'exsudation sécrétée; la vésicule ne consiste donc pas simplement en une cavité remplie de liquide, mais elle est toujours composée d'une masse de cellules épidermiques infiltrées par le liquide exsudé. Les différents strata sont tellement ramollis par l'exsudation que leur texture pourrait être comparée à celle de la grappe d'un raisin où l'on voit le jus infiltrer le tissu végétal d'une façon analogue, ou

bien à la substance que Virchow appelle le tissu muqueux dont il existe des exemples dans le corps vitré et dans la gélatine de Wharton. Cette explication permet de comprendre pourquoi, lorsqu'on fait une ponction d'un seul côté sur une pustule de petite vérole, il ne s'échappe qu'une partie du liquide : il ne sort par le fait de la pression que la partie contenue dans les feuillets épidermiques immédiatement adjacents à l'ouverture. La structure supposée cellulaire de ces pustules n'est, en réalité, que le résultat de l'infiltration du liquide dans les différentes couches de la peau.

La preuve que c'est là une explication exacte, se trouve dans le fait que l'ombilic apparaît non-seulement dans la variole, mais dans toutes les autres maladies cutanées dans lesquelles il se produit des vésicules et des papules, pourvu que les conditions anatomiques et le mode d'origine de l'éruption soient analogues à celui qui a lieu dans la variole. La présence de l'exsudation n'est même pas nécessaire à la production de l'ombilic. Une accumulation de sebum, surtout s'il reste longtemps à l'état liquide comme dans la maladie décrite (1) sous le nom de *Comedonenscheiben* et dans le *Molluscum contagiosum*, suffit pour amener une efflorescence semblable à celle de l'éruption de la petite vérole.

A mesure que la quantité de globules de pus renfermés dans les pustules varioliques augmente, on voit diminuer le nombre des cellules épidermiques contenues dans ce liquide; c'est ce que Virchow appelle le processus de « substitution cellulaire » (Zellensubstitution). Ces cellules finissent même par disparaître complétement, et les pustules de petite vérole ne contiennent plus que du pus et des globules sanguins.

A ce moment on observe sous l'enveloppe de ces pustules, et en occupant exactement le centre, une substance blanche discoïdale, qui toutefois ne peut pas en être détachée; et, en l'examinant au microscope, on voit qu'elle se compose seulement de cellules épidermiques et n'est pas, comme on pourrait le supposer, une membrane inflammatoire. Cette substance blanche paraît provenir de la plus grande macération de l'épiderme à ce point, ou de l'accumulation des cellules qui tapissaient le follicule pileux et formaient la gaîne de la racine et qui ensuite auraient été pressées contre le sommet de la pustule par le liquide en grande partie alors converti en pus.

Il n'est donc pas extraordinaire que je professe que l'ombilic et que ce qu'on appelle la pseudo-membrane existent en réalité aussi bien dans la varicelle, dans la varioloïde, que dans la variole vraie. Le

(1) Voyez p. 130.

fait que ces efflorescences s'observent plus fréquemment dans la dernière forme de maladie que je viens de nommer, tient au temps plus long nécessaire à la formation de ces pustules. Je puis établir comme règle que si l'éruption a seulement son siége à l'orifice des follicules pileux, son développement sera plus lent et la présence de l'ombilic certaine; que plus les vésicules ou les pustules surviendront rapidement, plus leur forme sera sphérique, surtout si elles occupent les espaces interfolliculaires.

On prétend encore que la fièvre secondaire (Eiterungsfieber, Eiterungsstadium, *stadium suppurationis*) n'appartient qu'à la variole vraie. Mais d'après ce que j'ai déjà dit, il est clair que des pustules se produisent vers la fin dans chacune des variétés de la petite vérole. Dans cette affection comme dans les autres maladies, le pus ainsi formé exerce nécessairement une action irritante sur les parties environnantes, action dont le degré d'intensité augmente en proportion du nombre de ces petits abcès sous-épidermiques. L'agglomération de ces inflammations séparées amène une perturbation sur toute la peau, et même dans le système en général. La rougeur (halo) qui entoure chaque pustule est occasionnée par l'action du pus contenu dans son intérieur et est une preuve visible de l'irritation causée par ce liquide. Alors, en partie comme résultat de cette irritation, mais plus encore, sans aucun doute, comme une conséquence du mélange avec le sang des particules provenant du contenu des pustules, il se produit un état morbide général qui se manifeste par l'accélération du pouls, une augmentation de la chaleur de la peau, en un mot par tous ces symptômes qu'on a groupés sous le nom de fièvre. Cet état survient en général vers le dixième jour de la maladie. D'après ce que j'ai dit, on ne peut pas l'attribuer *sensu strictissimo* à la maladie elle-même, mais bien plutôt à la présence de pus placé sous l'épiderme en tant d'endroits différents. Il n'appartient donc pas seulement à la variole vraie, mais il se présente dans tous les cas où il y a des accumulations et des foyers de pus (Heitererde) et où il y a absorption purulente.

Bien que je conteste la validité des distinctions admises entre les différentes formes de variole, je me suis efforcé de trouver d'autres caractères au moyen desquels on pourrait distinguer ces trois variétés au lit du malade; j'ai cherché à conserver les noms déjà employés, en leur laissant la signification qui leur était généralement attribuée.

En examinant attentivement la marche des différentes modifications de la petite vérole, on reconnaît qu'en général le nombre des pustules est en proportion directe avec la durée de la maladie. Ainsi, la variole

vraie est celle qui exige le plus de temps pour son développement et son évolution ; un intervalle de quatre semaines est le minimum nécessaire entre le début et la fin de la maladie. La varicelle, au contraire, est celle dont la marche est la plus rapide et la plus favorable, elle dure au plus quinze jours. Les variétés intermédiaires demandent en moyenne trois semaines pour suivre leur cours. Ces différences nous fournissent les moyens d'établir sur des bases susceptibles d'être évaluées en chiffres les distinctions pratiques qui existent entre les diverses formes de petite vérole. Ainsi, je donne le nom de *varicelle* aux cas exigeant quinze jours et moins pour effectuer leur évolution; à ceux qui se terminent dans l'espace de trois ou quatre semaines, je donne le nom de *varioloïde*, et je réserve enfin celui de *variole vraie* pour ceux dont la durée demande quatre semaines ou plus.

La variole ou la petite vérole (Pocken, Blattern) présente en général les caractères suivants : elle est contagieuse, suit une marche aiguë, est accompagnée de fièvre et amène sur toute la surface de la peau la formation de nombreuses vésicules et pustules.

On ne peut pas spécifier d'une manière positive dans la variole, comme dans les autres exanthèmes, combien de temps la maladie peut rester à l'état latent dans l'économie. Dans la plupart des cas, il s'écoule quinze jours depuis le moment de l'infection jusqu'à la première apparition des symptômes fébriles, qui sont les précurseurs de l'éruption. Il existe, cependant, des circonstances dans lesquelles il est clairement démontré que cet intervalle a été bien plus court, et il en est d'autres, au contraire, où la maladie n'a fait son apparition que beaucoup plus tard.

Dans les ouvrages sur la petite vérole, on trouve différents exemples tendant à prouver que la maladie peut être communiquée par les animaux aussi bien que par l'homme et que même des vêtements peuvent devenir des moyens de contagion. Mais la démonstration positive de ces faits n'a jamais été bien établie.

Il est connu que, pendant la période d'incubation de la variole, on n'éprouve pas de malaises; la preuve en est qu'on n'a ordinairement recours au médecin que lors de l'apparition des symptômes fébriles.

Or, les trois variétés de petite vérole que j'ai nommées différant considérablement dans leur durée, je me vois forcé d'en prendre une comme type de la marche régulière de la maladie, et d'y rattacher les autres. Dans ce but, j'ai choisi la variole vraie comme étant la variété la plus grave et celle dans laquelle l'éruption est la plus abondante. Après avoir décrit la marche régulière de cette forme de la petite vé-

role, je passerai à des considérations spéciales sur ses modifications, depuis celles qui ont le plus de gravité et de malignité jusqu'à celles dont la marche est plus bénigne : ce qui me permettra de traiter de la varioloïde et de la varicelle.

COURS NORMAL DE LA VARIOLE.

(Variola vera regularis, benigna; Febris variolosa erethica).

I. — Période prodromique (stadium prodromorum).

Les *symptômes fébriles* qui accompagnent la première période de la petite vérole n'offrent rien de particulier, pas plus d'ailleurs que dans tous les autres exanthèmes aigus. La première apparition de la fièvre est, en effet, généralement brusque, et elle se déclare avec beaucoup d'intensité. On l'observe notamment sur les enfants, chez lesquels (outre l'accélération du pouls, la rougeur du visage et l'incohérence du langage) on remarque souvent des convulsions; de sorte que cet état morbide ressemble quelquefois à un commencement de fièvre typhoïde ou de méningite. Il faut pourtant admettre que, dans certains cas, les symptômes fébriles sont, au début, extrêmement légers. Le seul caractère distinctif de la variole à cette période (si, toutefois, on peut considérer à ce moment un caractère comme distinctif) consiste en douleurs péri-articulaires, au-dessus du sacrum, et dans quelques cas aussi au creux épigastrique (scrobiculus cordis). Ces douleurs sont souvent très-aiguës, de sorte qu'il n'est pas rare que le médecin soit induit en erreur, quand le malade affirme qu'il a reçu quelque blessure dont il est cependant impossible de découvrir aucune trace, en examinant la partie qui est le siége de ses souffrances. En règle générale, les membranes muqueuses ne présentent aucune apparence morbide durant cette période de la variole; le malade n'éprouve aucune sensation subjective en relation avec ces tissus. Mais si les muqueuses doivent ensuite être gravement affectées, elles sont quelquefois, dès le début, rouges et tuméfiées; et l'on peut croire à l'existence d'un mal de gorge ou d'une affection catarrhale.

L'intensité des symptômes, pendant cette période de la variole, n'est pas en raison directe de la gravité de la maladie subséquente. Car, d'un côté, des symptômes fébriles et concomitants d'une nature sérieuse précèdent souvent une éruption de peu d'importance; tandis que la *variola vera* elle-même n'est pas constamment annoncée par un *stadium prodromorum* intense.

La durée moyenne de cette période pendant laquelle la fièvre augmente continuellement peut être évaluée, chez les adultes, à trois jours. Chez les enfants, il arrive souvent qu'il ne se manifeste aucun symptôme important dans le cours de cette même période, de sorte que la maladie passe souvent inaperçue et que l'éruption apparaît alors à l'improviste.

Dans certains cas, il survient des *phénomènes exanthématiques* pendant cette période sous forme de la *Roseola variolosa* ou *Erythema variolosum*. J'ai déjà décrit cette éruption parmi les hypérémies actives symptomatiques (voyez p. 56).

II. — Période d'éruption (stadium eruptionis).

Symptômes fébriles. — Aussitôt que l'éruption variolique commence à se manifester, les symptômes fébriles intenses diminuent ordinairement; la chaleur de la peau, le délire et l'assoupissement cessent et les convulsions disparaissent au bout de peu de temps.

Ce n'est que dans des conjonctures très-sérieuses et en général dans la forme maligne (perniciöse) de la maladie, qu'on voit manquer la rémission des symptômes fébriles lors de l'apparition de l'éruption.

Symptômes concomitants. — Les douleurs dans les jointures et le long de la colonne vertébrale diminuent et peuvent même cesser complétement, les autres symptômes concomitants n'offrent pas non plus une grande intensité, excepté dans des cas très-graves où les muqueuses sont envahies par la maladie.

Symptômes exanthématiques. — Le point où l'éruption se manifeste d'abord n'est pas constamment le même; mais dans ce qu'on appelle la *variola vera*, l'éruption s'observe toujours, en premier lieu, sur la figure et le cuir chevelu; sur les autres parties du corps on ne rencontre que quelques pustules disséminées.

L'efflorescence se développe de la manière suivante : dans les régions ci-dessus indiquées et surtout au niveau des orifices des follicules pileux et des glandes sébacées, il se forme de petites papules de la grosseur d'un grain de millet, légèrement rouges, et qu'on peut reconnaître au toucher aussi bien qu'à la vue. En même temps, le malade éprouve des sensations de picotement ou de légère démangeaison. Dans le cours du premier et du second jour, les papules augmentent en nombre, mais quelque abondantes qu'elles soient, elles restent toujours isolées et ne se réunissent jamais à ce moment.

L'éruption, pendant cette période, offre une grande ressemblance

avec celle qu'on observe dans la forme papuleuse de la rougeole, de sorte que, pendant quelque temps, il peut être presque impossible de déterminer si l'on a affaire à une rougeole ou à une variole. Ce n'est que vers la fin du deuxième jour de l'éruption ou le cinquième de la maladie (en comptant du commencement du *stadium prodromorum*), que la variole revêt des caractères qui permettent de la reconnaître avec certitude.

III. — Période d'état (stadium floritionis).

Pendant cette période, les *symptômes fébriles* diminuent dans la proportion où l'éruption passe de l'état papuleux à l'état vésiculeux; et vers le quatrième, le cinquième et le sixième jour de la maladie ils ont souvent complétement cessé. Vers le septième jour cependant, quand le contenu des vésicules commence à devenir purulent, il se produit une exacerbation de la fièvre, et à partir de ce moment jusqu'au onzième, elle augmente constamment, de telle manière qu'elle atteint sa plus grande intensité (le *stadium acmes*) entre le neuvième et le onzième jour.

Si, vers le onzième jour de la maladie, les symptômes constitutionnels ne diminuent pas, ils offrent alors cet aspect qu'on a l'habitude de voir dans ce qu'on nomme les affections pyohémiques. En effet, la fièvre prend un caractère intermittent, constitué par un frisson violent suivi d'une chaleur très-prononcée de la peau d'une durée plus ou moins longue. Cet état fébrile a été pendant longtemps connu sous le nom de *fièvre secondaire* (Eiterungsfieber); il se déclare au moment où le pus se forme dans les vésicules varioliques. On le regardait en conséquence à tort comme la cause de ce changement dans leur contenu; tandis qu'il est plus rationnel de le considérer comme l'effet d'une absorption subséquente du pus dans le sang. Il résulte d'observations longues et attentives faites sur le pouls, que la variole arrive à son summum, cinquante-trois fois sur cent, le dixième jour de la maladie, les pulsations étant alors au nombre de 100 à 140 par minute. Vingt-neuf fois sur cent le neuvième jour a été celui où le pouls a atteint sa plus grande fréquence et dix-huit fois sur cent son maximum ne s'est montré que le onzième jour.

Symptômes concomitants. — Parmi ces derniers, je dois indiquer d'une manière spéciale l'insomnie qui persiste, en effet, tant que l'affection n'a pas atteint sa plus grande intensité.

Symptômes exanthématiques. — C'est pendant cette période, qui se

prolonge pendant six ou sept jours, que l'éruption variolique se présente sous la forme la plus caractéristique de la maladie. Car vers le sixième jour, les papules commencent à se transformer en vésicules; vers le neuvième ou le dixième jour, leur contenu, jusqu'alors transparent, devient jaune et purulent; transformation qui n'a pas lieu, toutefois, avant le onzième ou le douzième jour dans les vésicules situées sur les membres où l'éruption se manifeste plus tard que sur d'autres parties du corps.

Quand il y a beaucoup de pustules, elles sont ordinairement très-rapprochées les unes des autres; il en résulte une tuméfaction des espaces intermédiaires de la peau restés indemnes. En outre, à partir du dixième jour, chaque pustule est entourée d'un anneau rouge (appelé halo). Ces changements produisent une difformité extrême, notamment de la figure; les paupières sont fermées par un gonflement œdémateux; les narines sont oblitérées, les lèvres projetées en avant. Quant aux autres régions où les pustules se développent un ou deux jours plus tard, ce sont les mains et surtout la plante des pieds qui présentent, à cette période de la variole, la tuméfaction la plus considérable; et, si l'épiderme y est très-épais, il peut en résulter de vives douleurs.

Bien que l'éruption variolique soit en général assez uniformément distribuée, elle affecte cependant une prédilection pour certaines parties de la peau. Ce sont d'abord la figure et le cuir chevelu (où elle détermine habituellement aussi une souffrance aiguë), puis les extrémités supérieures et le tronc; viennent ensuite les membres inférieurs et les organes génitaux, et enfin l'abdomen. Cette dernière région n'est presque jamais le siége que d'un très-petit nombre de pustules, lors même qu'on les voit partout ailleurs en très-grande quantité.

Les occupations antérieures du malade ont une grande influence sur le nombre des pustules qui apparaissent sur tel ou tel point.

Ainsi, chez les filles de service, chez les hommes et les femmes qui exercent quelques métiers (Handarbeiter und Handarbeiterinnen), certaines parties pourront être le siége d'une irritation produite par l'action du savon, d'une lessive alcaline ou de quelque autre substance analogue; et dans ces circonstances, les pustules s'y trouveront en plus grand nombre que de coutume. De même, aussi, l'éruption variolique prédomine sur les parties du corps qui sont trop fortement serrées par une ceinture, une jarretière, un corset, ou même par un habit, une robe ou toute autre espèce de vêtement, ou enfin qui ont été soumises pendant un certain temps à une pression considérable par un bandage

herniaire ou autre. En outre, la région fessière chez les personnes qui ont des habitudes sédentaires, les points de la peau qui ont été exposés à l'action irritante de sinapismes, de vésicatoires ou d'autres applications locales, et enfin tous les endroits qui étaient le siége d'eczéma ou d'une affection exsudative quelconque antérieurement à l'apparition de la petite vérole, — toutes ces parties présentent de nombreuses pustules, et peuvent même être recouvertes d'une éruption confluente, quoiqu'elle soit tout à fait rare ailleurs sur d'autres régions.

On observe tout le contraire de ce que je viens de dire dans des cas d'ichthyose ou de prurigo. Chez les personnes atteintes de l'une ou de l'autre de ces affections, l'efflorescence variolique se montre seulement au pli des articulations, sur les organes génitaux et sur la figure; en d'autres termes, sur les surfaces du tégument qui étaient primitivement saines.

IV. — Période de dessiccation (stadium exsiccationis seu decrustationis).

Symptômes fébriles et concomitants. — Quand la maladie suit son cours normal, les symptômes fébriles cessent environ vers le treizième jour. Le pouls a en général de quatre-vingts à quatre-vingt-dix pulsations; le sommeil, qui avait disparu depuis le commencement de la variole, reparaît; l'appétit devient plus vif; le malade se trouve bien, ne se plaint plus de rien, si ce n'est de l'éruption sur la peau.

Symptômes exanthématiques. — Quelques-unes des pustules situées sur la figure perdent d'abord leur contenu liquide par dessiccation et absorption, et se convertissent en une masse brunâtre solide, — c'est-à-dire en croûtes. Chaque jour, le même changement s'étend aux pustules qui se sont développées ultérieurement; et quelquefois même cette transformation se produit simultanément sur un grand nombre de pustules, au point de modifier notablement l'aspect du malade. Car, à mesure que l'éruption se dessèche, la tuméfaction cutanée diminue graduellement, et la rougeur qui entoure chaque pustule disparaît. La tension et la douleur occasionnées par la présence d'une efflorescence si grave et si étendue s'atténuent chaque jour. Les paupières, si longtemps fermées, s'ouvrent de nouveau, et l'on aperçoit le globe de l'œil parfaitement intact. Les narines redeviennent libres par la chute des croûtes qui s'y étaient accumulées; les lèvres se rapprochent; et, excepté quand la muqueuse buccale est sérieusement atteinte par

la maladie, on n'observe plus une hypersécrétion de salive ou de mucus.

L'ordre dans lequel a lieu l'évolution et l'exfoliation des croûtes est le même que celui dans lequel elles s'étaient développées. Partant de la figure, ces changements s'étendent graduellement à tout le corps. Il faut cependant noter que la dessiccation se fait sur les extrémités, et notamment sur les surfaces palmaires et plantaires, plutôt que sur d'autres parties des membres. En outre, les croûtes qui se forment sur les mains et les pieds offrent cette particularité qu'elles constituent des corps solides, de forme lenticulaire, comme si elles étaient encastrées dans l'épiderme. Elles diffèrent donc essentiellement par leur forme, ainsi que par leur coloration brun noirâtre, des croûtes que l'on voit sur les autres parties du corps.

Vers la fin de la quatrième semaine, ces croûtes se détachent de l'épiderme, qui dans le même temps se renouvelle. Elles peuvent laisser après elles de simples dépôts pigmentaires ou des cicatrices plus ou moins accusées, suivant que les pustules étaient primitivement situées dans les tissus les plus profonds de la peau, ou se trouvaient plus superficiellement placées.

ANOMALIES DANS LE COURS DE LA VARIOLE.

Au point de vue de l'intensité de l'affection cutanée qui l'accompagne, la petite vérole présente de bien plus grandes différences que tous les autres exanthèmes. Cette observation, faite depuis longtemps déjà, a sans doute été le point de départ de ces subdivisions de la maladie, consacrées à toutes les époques. Ainsi, il fut un temps où l'on distinguait la variole en bénigne et en grave; et, aujourd'hui on admet en général trois variétés de cette affection, savoir la *variole vraie*, la *varioloïde* et la *varicelle*. Il serait, en fait, difficile de dire laquelle de ces trois formes représente le *cours normal* de la maladie. Je suivrai, toutefois, la marche ordinaire (qui s'accorde également avec celle que j'ai adoptée pour les autres exanthèmes) de regarder comme typique la variété bénigne qui se termine le plus souvent par la guérison; de sorte que je compterai comme modifications de ce type la variété la plus grave de la variole et celle qui est la plus légère.

Je pourrais certainement, à cet égard, suivre l'exemple de Sydenham, Boerhaave, Sauvages et autres, qui n'ont reconnu que deux formes de cette maladie, une bénigne et une maligne — les *Variolæ discretæ* et les *V. confluentes*. On peut, toutefois, faire de sérieuses objections à

cette division. Ainsi des varioles discrètes présentent un caractère grave, tandis qu'on voit des petites véroles confluentes suivre une marche bénigne. Je préfère, en conséquence, me servir de la terminologie habituelle, et je conserverai les trois variétés dont j'ai déjà donné les noms.

Les plus nombreuses irrégularités se trouvent sans aucun doute dans cette forme de la variole que l'on appelait autrefois la *variola confluens*, et qui a été récemment désignée sous la dénomination de *variola vera*.

Ces anomalies dans le cours de l'affection se produisent bien plutôt dans les dernières périodes que dans le *stadium prodomorum*, lequel a en général une durée uniforme de trois jours et présente la même intensité dans toutes les variétés de la variole. Dans le *stadium eruptionis*, cependant, plus les papules sont nombreuses plus lentement elles se sont développées; et la conversion des papules en vésicules, et de ces dernières en pustules, est également retardée, de sorte que dans la *variola vera*, il faut compter deux jours pour cette période, tandis que dans la varioloïde elle n'a qu'une durée de douze ou au plus de vingt-quatre heures, et dans la varicelle il arrive souvent qu'elle ne se prolonge pas au delà de quelques heures, aussi peut-elle fréquemment passer inaperçue.

Le *stadium floritionis*, en outre, dure une semaine dans des cas de *variola vera*, tandis que dans ceux qui ont une moins grande intensité, il ne persiste pas au delà de la moitié de ce temps.

Quant à la distribution des pustules et de l'ordre de succession selon lequel elles se manifestent, on peut observer que dans la *variola vera s. confluens*, l'éruption apparaît d'abord sur la figure et s'étend ensuite sur la surface du corps dans l'ordre anatomique, tandis que, dans les autres formes, elle se déclare aussi souvent en premier lieu sur la peau du tronc que sur celle de la face.

Enfin, la longueur de la période d'exfoliation est aussi proportionnée à celle du *stadium eruptionis* et du *stadium floritionis*. Plus le nombre des pustules est considérable, plus il faut de temps pour leur transformation complète en croûtes.

Il est donc évident, que dans des cas graves, la variole peut se prolonger au delà du terme de quatre semaines que j'ai fixé comme étant la limite normale de sa durée.

Les *symptômes concomitants* varient suivant le nombre des pustules. La tuméfaction de la peau, la sensation pénible de tension, arrivant même parfois jusqu'à la douleur, l'occlusion des paupières, l'impossi-

bilité de fermer la bouche, les douleurs qui accompagnent chaque mouvement, le malaise résultant d'un décubitus prolongé, et enfin, les souffrances éprouvées dans les mains et dans les pieds, notamment dans les derniers, quand ils sont recouverts d'un épiderme épais corné, — tous ces symptômes s'aggravent en même temps que le nombre des pustules augmente, et que leur développement avance.

D'un autre côté, les varioles dans lesquelles l'éruption présente la forme la plus bénigne possible affectent une marche très-différente. Dans ces circonstances, il n'existe jamais de fièvre (*variola apyretica*) et le malade n'éprouve non plus aucune douleur; en effet, si l'efflorescence cutanée n'indiquait pas par son aspect caractéristique la nature de la maladie, ses sensations seraient incapables de lui faire soupçonner qu'il est atteint de la petite vérole. Il y a même des cas où l'exfoliation consécutive est le premier symptôme qui éclaire le malade et le médecin sur la nature de l'affection, et où il serait même impossible d'établir un diagnostic si la petite vérole n'était pas épidermique, ou si du moins d'autres malades dans le même quartier ne présentaient pas à ce même moment des symptômes incontestables de variole.

Dans plusieurs cas, même quand il s'agit de la forme confluente de la petite vérole, j'ai observé une modification qui est bien accueillie du malade et du médecin. Elle consiste dans la décroissance subite du mal, vers le dixième jour, l'éruption ayant préalablement passé par les transformations ordinaires et ayant alors atteint son complet développement. L'exfoliation, en effet, commence immédiatement, et continue avec tant de rapidité que, dans l'espace de quelques jours, toutes les pustules sont converties en croûtes brunes; résultat qui rend le cours de la maladie extrêmement favorable sous tous les rapports, beaucoup plus court que de coutume, puisqu'il ne se prolonge pas au delà de trois semaines. D'où il suit que de tels cas, quoique considérés au début comme des exemples de *variola vera*, doivent être rangés dans le groupe des affections varioloïdes en raison de la rapidité avec laquelle s'opère l'exfoliation.

FORMES IRRÉGULIÈRES DE L'ÉRUPTION.

Quelques auteurs ont décrit, dans l'éruption variolique, de nombreuses variétés, auxquelles ils ont donné des noms appropriés. Ainsi on trouve les dénominations suivantes : — *Variola papulosa* (*Nirlus*, Alibert), *conica*, *acuminata*, *globosa*, *globulosa*, *verrucosa*, *tuberculosa*, *cornea*, *siliquosa*, *fimbriata*, *miliaris*, *crystallina*, *lymphatica*, *vesiculosa*,

pemphigosa, pustularis, rosea, morbillosa, carbunculosa, etc. Ces variétés, cependant, ont toutes une si minime importance, qu'il est inutile d'en donner une description en règle, notamment parce que ceux qui pourraient désirer de les distinguer trouveront que l'épithète attachée à chacune d'elles suffit parfaitement à en indiquer la nature. En effet, j'insisterais seulement sur ce point, que la cause des différences dans le volume des pustules et dans la forme de l'éruption tient à ce que les pustules qui sont toujours petites au début conservent quelquefois la même apparence pendant toute leur durée; tandis que, dans d'autres circonstances, elles se réunissent par deux ou trois, acquérant ainsi un volume beaucoup plus considérable; et d'autres fois encore, elles se rapprochent en grand nombre au point que l'éruption présente la modification connue sous le nom de *Variola corymbosa*, ou même qu'il en résulte une espèce de bulle (sie blasenähnliche Efflorescenzen bilden).

Je ne dois pas non plus oublier de mentionner que les pustules de la petite vérole se groupent dans ces lignes qui (comme nous l'ont appris les admirables recherches du professeur Voigt) (1) sont indiquées par la disposition des poils sur les diverses parties de la surface cutanée (Haarwirbel), disposition qui tient elle-même à la distribution des nerfs du tégument. Comme exemple confirmatif de ce que je viens de dire, je m'en réfère à ce simple fait que, sur le tronc, les pustules sont disposées en lignes suivant la direction des côtes, et que, autour du mamelon, elles sont placées en demi-cercles, rangées d'une manière plus ou moins concentrique.

Bien plus importantes que celles dont je viens de parler sont les variétés de petite vérole dans lesquelles on constate une altération du contenu, ou plus exactement de la *base* des pustules. Quelquefois, par exemple, soit tout à fait au début de la maladie, soit durant ses dernières périodes, l'éruption présente une coloration rouge bleuâtre ou noire. C'est toujours la preuve d'une extravasation sanguine ajoutée au liquide séreux ou purulent habituel. Maintenant, si ce caractère n'existe que dans quelques vésicules ou pustules, il rend simplement la partie plus sensible ou plus douloureuse. Ceci, d'ailleurs, n'est point spécial à la variole; et on l'observe également dans l'*Herpes zoster*. D'un autre côté, c'est toujours un signe de mauvais augure de trouver la base de

(1) « Abhandlung über die Richtung der Haare am menschlichen Körper, » von Dr Chr. Aug. Voigt, Prof. d. Anat. Wien, k. k. Staatsdruckerei, 1857. « Beiträge zur Dermatoneurologie, nebst der Beschreibung eines Systems neuer Linien an der Oberfläche des menschlichen Körpers, » von demselben, *ibidem*, 1864.

toutes ou même de plusieurs vésicules infiltrée de sang ou remplie d'une sérosité sanguinolente. On désigne cette variété de la maladie sous le nom de *Variola hæmorrhagica seu nigra ;* dernière épithète qui lui a été donnée notamment parce que, dans le *stadium decrustationis*, les croûtes prennent toutes alors une coloration noire.

Je dois également parler ici d'une autre modification de la variole, celle dont la seule manifestation est la formation de taches hémorrhagiques. Ces cas n'ont aucune ressemblance avec ceux de la petite vérole ordinaire et, par le fait, ce n'est que pendant une épidémie qu'il est possible de déterminer d'une manière positive qu'ils sont dus au virus variolique. Voici quelle est leur marche. A la suite de symptômes fébriles, qui surviennent tout à coup et avec une grande intensité, accompagnés de délire, de somnolence, de mouvements convulsifs, de crampes, etc., on voit apparaître sur la peau une quantité considérable de taches hémorrhagiques (blutig suffundirter) de la grosseur de grains de millet ou de lentilles. Ces taches s'agrandissent rapidement, deviennent de plus en plus nombreuses, et, en vingt-quatre heures, recouvrent en général toute la surface du corps. Ces cas se terminent presque toujours fatalement, et le plus souvent, dans l'espace de trois à cinq jours après le commencement de la maladie. A l'autopsie, on trouve toutes les membranes muqueuses et les tissus fibreux et séreux, ainsi que la peau, infiltrés de sang. Les organes parenchymateux, tels que les poumons, le cœur, le foie et la rate, sont dans le même état; en effet, la rate est souvent si molle, qu'elle offre l'aspect d'une masse de sang renfermée dans une capsule fibreuse.

Quoique cette espèce de variole ne s'observe que très-rarement, elle paraît avoir été beaucoup plus commune avant l'introduction de la vaccine et surtout pendant certaines épidémies; et elle était alors connue sous des noms différents (*Blutfleckenkrankheit, Purpura febrilis, Schwarzer Tod*).

Variétés de petite vérole dues à la présence d'autres affections cutanées, ou de maladies des organes internes.

A. — Dermatoses coexistantes.

a. *Rupia variolosa.* — Dans quelques cas de variole, chaque croûte est entourée, dans le cours du *stadium decrustationis*, d'un petit cercle vésiculeux (Blasenwall), contenant un liquide puriforme. Cette efflorescence s'observe notamment sur la surface thoracique; elle se mani-

feste vers le quinzième jour de la maladie ou un peu plus tard, et est accompagnée d'un retour de la fièvre. Les croûtes centrales, ainsi que les vésicules qui les entourent, offrent une grande ressemblance avec un *Rupia syphilitica,* d'autant plus que, quelques jours après, quand le liquide contenu dans l'anneau primitivement formé s'est desséché, il s'en développe un second autour du précédent; plus tard encore, il en vient un troisième, et ainsi de suite. En fait, les croûtes produites de cette manière couvrent parfois une surface d'un pouce d'étendue. Il me semble qu'on peut désigner cette modification remarquable de l'éruption variolique par le nom de *Rupia variolosa.*

b. *Impetigo variolosa.* — Dans d'autres circonstances, il se produit une suppuration consécutive, non pas autour des croûtes formées par les pustules varioliques, mais dans les espaces intermédiaires où l'efflorescence n'avait pas eu lieu. Ainsi, il survient une seconde éruption pustuleuse, qu'on pourrait presque regarder comme une deuxième éruption variolique, si ce n'était que les pustules ont une forme différente et suivent une autre marche. En effet, elles se rapprochent bien plutôt des affections pustuleuses ordinaires, et en conséquence on peut appeler cette maladie l'*Impetigo variolosa.*

Cette affection et celle qui précède doivent être considérées comme représentants des dépôts *métastatiques,* ainsi que celles que je vais actuellement décrire.

c. *Furunculosis, abscesses, pseudo-erysipelas.* — Dans quelques cas, il survient des dépôts sous forme de furoncles, d'abcès, de petites collections purulentes sous-cutanées, ou même situées encore plus profondément, offrant l'aspect de pseudo-érysipèles ou inflammation du tissu aréolaire. Cette dernière affection a d'autant plus de droits à une description spéciale, qu'elle constitue une des plus dangereuses complications de la variole. Elle se déclare ordinairement vers la fin de la troisième semaine; le malade se plaint d'abord de souffrances dans certaines régions qui sont extrêmement sensibles et douloureuses à la plus légère pression. A ce moment, il est encore impossible au médecin de découvrir aucune altération pathologique dans ces parties; mais, quelques jours plus tard, on les trouve tuméfiées et œdématiées, et bientôt après, on constate de la fluctuation qui n'est pas toujours bien tranchée. Si l'on incise un de ces points douloureux, il s'en écoule, même à cette période, une grande quantité de pus qui paraît tout à fait hors de proportion avec le volume de la tuméfaction. Ces espèces d'inflammations cellulaires se rencontrent surtout à l'avant-bras et sur les autres membres, plus rarement sur le tronc. L'abcès peut avoir la

grosseur d'un œuf de pigeon, ou atteindre un diamètre de 30 centimètres, et même plus. Dans certains cas même, le pus peut s'accumuler sous la peau de tout un membre, du dos, de la poitrine, de manière à former le sommet d'un seul et énorme abcès.

d. *Gangrène.* — Cette complication est encore d'un plus sinistre présage que toutes celles dont je viens de parler. Elle peut être consécutive à des pustules, à des furoncles, à des inflammations cellulaires, à des abcès, ou provenir directement de la formation d'une bulle remplie d'un sérum sanguinolent, dont la base est infiltrée de sang. Elle s'étend alors rapidement aux parties adjacentes. L'eschare brun noirâtre ainsi formée se détache au bout de quelques jours, laissant voir une perte de substance plus ou moins considérable. Parfois même, toutes les parties molles sont détruites sur une étendue plus ou moins grande, de sorte que les os sont à découvert. Il paraît presque incroyable, mais le fait est néanmoins certain, que ces malades vivent quelquefois pendant plusieurs semaines, ayant leurs os, pour ainsi dire, disséqués; en dernier lieu, cependant, ils succombent presque tous. La gangrène est une complication qui se manifeste spécialement dans certaines épidémies de variole.

e. *Diphtheritis cutanea.* — Quand une partie quelconque de la peau a été dépouillée de son épiderme (comme, par exemple, à la suite d'un vésicatoire), ou immédiatement avant, ou pendant la première période d'une variole grave, il arrive parfois que le point mis à nu se recouvre d'une membrane diphthéritique blanche au début, mais qui prend plus tard une teinte brune. Cette pellicule a une ligne d'épaisseur, elle est dure, analogue à du cuir, et adhère intimement à la peau sous-jacente, au point d'en être complétement inséparable, même par la force. Sa formation est accompagnée de symptômes fébriles, et sa présence ne doit certainement pas être considérée comme un signe favorable. Si, cependant, la maladie avait une marche bénigne, la membrane diphthéritique serait alors entourée d'un cercle en suppuration qui est graduellement soulevé par le pus, de sorte qu'elle est incessamment éliminée sous forme d'eschare. La perte de substance qui en résulte est remplie de granulations de bonne nature, et la plaie se guérit en laissant après elle une cicatrice.

B. — Affections des membranes muqueuses.

Les surfaces muqueuses visibles pendant la vie, et notamment celles de la bouche, du pharynx et des fosses nasales, sont très-souvent enva-

hies par la variole. La membrane devient alors rouge et tuméfiée, il s'opère une sécrétion excessive de mucus et de salive, et il se produit une efflorescence consistant en élevures plus ou moins nombreuses, situées les unes à côté des autres, et dont la grosseur, au début, est la même que celle d'un grain de millet et d'une teinte bleuâtre ; à une période plus avancée, on aperçoit au sommet de ces élevures un petit point rouge au-dessous duquel la muqueuse est excoriée, et dont le point de départ a été une macération de l'épithélium. Car, l'épithélium de ces parties étant constamment baigné de liquide et beaucoup plus délicat que l'épiderme cutané, l'efflorescence variolique ne produit pas sur les muqueuses des vésicules résistantes, remplies de liquide, semblables à celles qu'on observe sur le tégument. Le contenu des vésicules s'échappe au contraire immédiatement, par suite de la macération de l'épithélium et la chute de ses feuillets les plus externes; c'est ainsi que se produit le phénomène que je viens de décrire.

En outre, il peut arriver que la surface buccale et les glandes salivaires sécrètent une quantité de liquide proportionnée au nombre des vésicules. Cette sécrétion peut même parfois être si abondante, qu'elle constitue une salivation véritable. Ce nouvel inconvénient vient encore s'ajouter aux autres souffrances dont se plaint déjà le malade, qui est alors obligé de rester au lit nuit et jour, tenant ouverte la bouche d'où s'écoule continuellement une quantité considérable de salive.

La muqueuse la plus sérieusement atteinte est quelquefois celle des lèvres, d'autres fois celle des joues, de la langue, du palais, du voile du palais, du pharynx (notamment sa paroi postérieure) et du larynx. En rapport avec ces différences, il y a dans quelques cas une tuméfaction considérable des lèvres, tandis que dans d'autres circonstances les mouvements de la langue sont très-difficiles. Cet organe est souvent épaissi et tuméfié, projeté en avant entre les lèvres, et son extrémité, qui se trouve ainsi exposée à l'air, se recouvre d'une croûte brune et sèche (*Glossitis variolosa*). Dans d'autres cas encore, on remarque de la difficulté à avaler, ou de l'enrouement. Si la muqueuse nasale est envahie, les narines sont bouchées par les croûtes qui s'y accumulent, et il en résulte une certaine gêne pour la respiration.

Excepté chez les enfants, ces symptômes ne sont pas accompagnés des résultats fâcheux qu'on serait, à première vue, disposés à leur attribuer. En effet, ils disparaissent complétement longtemps avant l'éruption cutanée; ils ne donnent lieu à aucun autre accident actuel, ni à des suites ultérieures. Aussi, dès que les autres symptômes de la maladie commencent à diminuer, les affections de la muqueuse cessent

d'incommoder le malade, et ne sont point un obstacle à ce qu'il prenne de la nourriture.

Tout le monde sait que l'efflorescence variolique s'étend quelquefois le long des membranes muqueuses qui tapissent les organes internes, pénétrant, par exemple, dans les voies aériennes aussi loin que les ramifications des tuyaux bronchiques, dans l'œsophage, ou en remontant à partir de l'anus, jusqu'à l'origine du rectum. En examinant les cadavres d'individus morts de la petite vérole, on trouve souvent, sur d'autres points des muqueuses, de petites érosions et ulcérations, semblables à celles qu'on rencontre chez les personnes qui étaient atteintes de diarrhée, mais jamais de lésions identiques avec celles qu'on observe sur les membranes muqueuses que j'ai nommées ci-dessus.

Il est impossible de constater d'une manière positive jusqu'à quel point le conduit auditif est envahi par le processus variolique. Même lorsque la maladie est à son apogée, et quand le pavillon et le méat auditif externe sont fortement tuméfiés, les malades entendent toujours assez bien, et répondent aux questions qui leur sont adressées.

C. — Maladies de l'œil.

Quoique la structure de la conjonctive soit nécessairement analogue à celle des membranes muqueuses, ce n'est que dans des circonstances très-exceptionnelles qu'elle est envahie par la variole. En effet, la conjonctive oculaire n'est jamais atteinte sur une grande étendue, c'est à peine si l'on trouve quelques pustules sur le rebord des paupières, tout près des racines des cils et des orifices des glandes de Meibomius. On aperçoit de temps à autre, sur la membrane qui recouvre l'œil, une pustule de la grosseur d'une tête d'épingle, très-superficielle et remplie d'un liquide jaune. Toutefois, cette pustule, dont l'enveloppe est macérée par l'humidité de la conjonctive, n'est suivie ni d'une excoriation de quelque importance, ni d'aucune affection des tissus sous-jacents.

Quand on compare les résultats de l'observation contemporaine avec les descriptions consignées dans les ouvrages plus anciens, il paraît tout à fait inexplicable qu'on ait autant écrit à cette époque, au sujet des inflammations varioliques de l'œil. Car je puis affirmer de la manière la plus positive, et prouver d'après les relevés de plus de 5000 cas de variole, que l'affection pustuleuse superficielle que je viens de décrire ne s'est produite qu'une fois sur cent, et n'a jamais occasionné aucun accident, même passager, ni modifié l'aspect de l'œil lui-même,

Et je dois immédiatement ajouter qu'il est impossible d'attribuer ce résultat favorable à un traitement prophylactique quelconque, appliqué à l'œil lui-même, à l'aide duquel on aurait empêché la formation de pustules sur la conjonctive oculaire. En effet, ainsi que je l'expliquerai ultérieurement, je n'ai jamais trouvé qu'il fût nécessaire d'avoir recours, dans ce cas, à une médication préventive ou curative, et en conséquence je n'ai administré aucun remède spécial aux varioleux confiés à mes soins.

Je n'ai cependant pas l'intention d'affirmer que la variole ne puisse jamais, dans aucune circonstance, mettre en danger l'organe de la vision. Mais quand cela arrive, c'est le résultat non d'un processus ulcératif, s'étendant de la surface aux parties profondes, mais de la formation de dépôts métastatiques dans l'œil. Je décrirai plus tard cette affection parmi les suites de la variole.

D. — Maladies des organes internes.

On peut comprendre dans ce chapitre diverses affections, au nombre desquelles se trouvent les maladies pulmonaires, telles que la pneumonie lobaire et lobulaire, et les désordres intestinaux, comprenant la diarrhée et la dysenterie. Ces affections, toutefois, ne sont pas accompagnées de symptômes différents de ceux que l'on observe dans leurs formes habituelles, et, en conséquence, il n'est nullement nécessaire de les décrire.

SUITES DE LA VARIOLE.

Je donne ce nom aux maladies qui sont produites directement par le processus variolique, et qui persistent comme une continuation de ce même processus, alors que l'exanthème a disparu.

Au nombre des affections cutanées qu'on peut placer dans ce chapitre se trouvent en premier lieu la *séborrhée* et l'*acné*.

L'observation nous démontre que, même pendant que les croûtes formées par la dessiccation des pustules varioliques adhèrent encore à la peau', il se produit souvent autour d'elles des accumulations de sebum, occupant, en réalité, les orifices des follicules pileux qui se sont de nouveau ouverts. Dans quelques circonstances, ces masses de sécrétion sébacée étant attachées à la face inférieure des croûtes, s'opposent à leur séparation. Dans d'autres cas, encore, elles restent dans les canaux glandulaires et apparaissent sous forme de comedones après

la chute des croûtes. Ou, enfin, elles peuvent même s'élever au-dessus du niveau de la peau, la recouvrant d'une pellicule jaune grisâtre, si la variole était confluente, mais se montrant comme des tumeurs verruqueuses isolées, si la maladie affecte une forme discrète. La première de ces variétés est une *Seborrhœa sicca, seu squamosa;* l'autre constitue la *Variola verrucosa.*

Dans d'autres circonstances, il survient, après la chute des croûtes, de nombreux petits abcès et tubercules, formant une *Acne pustulosa.* On les observe le plus souvent sur le nez et la figure, mais ils ne diffèrent en rien des autres affections pustuleuses.

Taches pigmentaires et cicatrices après la variole. — Un dépôt pigmentaire se fait dans les points qui étaient le siége des pustules varioliques. Ceci s'observe après les différentes variétés de la petite vérole, mais notamment après la *Variola vera* et la *V. modificata.* Il se manifeste sous l'aspect de macules de la grosseur d'une lentille qui sont distinctes ou plus rarement réunies par leurs bords. Leur coloration est plus ou moins foncée et la pression du doigt ne la fait ni pâlir ni disparaître. Dans quelques cas on aperçoit au centre de ces taches une dépression d'une teinte plus claire qui apparaît comme une petite cicatrice dès ce moment, mais qui est surtout très-visible après la disparition du pigment. On observe notamment ces cicatrices sur les points qui étaient occupés par les pustules varioliques les plus profondément situées et de préférence là où elles étaient confluentes. Mais on ne voit jamais autant de cicatrices qu'il existait de pustules. Même dans les formes les plus graves de *Variola vera* confluente, la maladie ne laisse des traces de sa présence que dans certains endroits. Malheureusement la figure est habituellement la région où ces cicatrices demeurent visibles.

Les cicatrices de la variole ne diffèrent nullement de celles qui résultent d'une *Acne pustulosa;* aussi m'est-il impossible d'en parler comme étant caractéristiques de la première affection. Ce n'est que la distribution uniforme de ces cicatrices et leur présence notamment à la figure qui peut mettre à même de reconnaître qu'une personne a été affectée de variole.

Je dois également dire que des cicatrices peuvent exister et se développer dans toutes les variétés de la petite vérole, même dans sa forme la plus bénigne. Il suffit pour cela que les pustules pénètrent dans le chorion. C'est une erreur grossière que de croire que ces cicatrices tiennent à ce que le malade se gratte pendant la durée de l'éruption.

L'existence de l'efflorescence variolique sur des parties de la peau

couvertes de poils ou sous les ongles, détermine ultérieurement la chute temporaire ou définitive de ces organes. Ainsi, quand des pustules varioliques se sont développées en grand nombre sur le cuir chevelu, de manière à détruire une quantité considérable de follicules pileux, les cheveux manqueront, nécessairement, à jamais sur ces points. Mais toutefois si l'éruption, quoique occupant la tête, a été superficielle, ne laissant après elle que peu ou pas de cicatrices, alors les cheveux, bien que pouvant tomber au début, reviendront de nouveau comme après toute autre maladie grave. Il en est de même pour les ongles au-dessous desquels on voit souvent se développer des pustules de petite vérole. Lorsqu'il en est ainsi, une tache pigmentaire apparaît ensuite sur la surface de l'ongle; mais elle est peu à peu rejetée par la croissance ultérieure de cet organe, et elle n'est suivie d'aucune altération de ce tissu. Dans le cas, au contraire, où les pustules sont situées profondément, détruisant la *matrix unguis*, la maladie entraîne alors la perte définitive de l'ongle.

Quand une personne déjà en proie à une autre affection cutanée, aiguë ou chronique, est atteinte de variole, il arrive souvent que pendant la durée de la petite vérole la dermatose préexistante disparaît. L'exanthème, en effet, survient avec une intensité particulière sur les parties malades; elles sont recouvertes par l'efflorescence variolique, au point que l'éruption antérieure perd sa physionomie primitive. Ainsi, chez les individus souffrant d'un eczéma, d'un psoriasis, d'éruptions syphilitiques, les parties qui sont le siége de ces lésions offrent une plus grande quantité de pustules varioliques que les autres régions de la surface cutanée. Les autres dermatoses chroniques ne font aucun progrès tant qu'existe la variole. Chez les individus atteints de la gale, les acares eux-mêmes périssent et leurs œufs seuls survivent. Mais une fois la petite vérole guérie, l'autre affection, quelle qu'elle soit, reparaît; le psoriasis ou l'eczéma se montrent de nouveau; le prurigo revient, accompagné de la même démangeaison, qui avait cessé pendant la variole. Mes observations personnelles me portent à croire que des maladies cutanées chroniques préexistantes sont très-rarement guéries d'une manière durable par la présence de cette affection. Le plus souvent, tout ce qu'elle produit (comme bien d'autres maladies graves) c'est d'arrêter pour un temps les progrès de la dermatose, qui reparaît, toutefois, avec une recrudescence marquée après la fin de l'exanthème.

Ainsi que tout le monde le sait, la suppuration qui a lieu dans la peau occasionne toujours l'engorgement des glandes lymphatiques

voisines. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que, dans la variole, les glandes qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques cutanés prennent en général un volume plus ou moins considérable. Cependant, quand la maladie suit son cours normal, la tuméfaction de ces tissus diminue au fur et à mesure que la variole disparaît. Mais dans certains cas elles peuvent encore rester engorgées, et cet état persister longtemps, et même pendant toute la vie. Dans d'autres circonstances, il se forme du pus dans leur intérieur, et elles suivent alors la marche habituelle des glandes suppurées.

En outre, les glandes qui ont leur siége à l'intérieur du corps sont affectées de la même manière que les ganglions superficiels et les organes salivaires, leurs symptômes sont ordinairement les mêmes que ceux qui résultent des altérations morbides de ces tissus.

Différente en cela de la rougeole, la variole est rarement suivie de *tuberculose*. Toutefois, chez les individus qui présentaient des signes non équivoques de cette dernière maladie avant l'apparition de la variole, la tuberculose se trouve aggravée par cet exanthème.

Au nombre des symptômes les plus fâcheux, consécutifs à la variole, se trouvent ceux qui sont dus à la formation de dépôts métastatiques dans différentes régions du corps. Le siége le plus fréquent de ces dépôts, dans la variole, est le tissu sous-cutané, qui en est habituellement affecté à divers endroits, notamment aux extrémités. Des abcès se forment, et, après l'issue du pus qu'ils renfermaient, il reste de vastes cavités, indiquant qu'il y a eu là une perte de substance considérable. Chez des personnes d'ailleurs bien portantes et de bonne constitution, ces cavités se ferment ordinairement en peu de temps, sans donner lieu à de fâcheuses conséquences, si ce n'est aux cicatrices dont elles sont suivies. Mais, chez les personnes cachectiques, et surtout pendant certaines épidémies, les granulations se développent très-lentement; et dans certains cas, ces abcès s'étendent, labourant sur de grandes surfaces les tissus adjacents, atteignant jusqu'aux os, attaquant le périoste, et déterminant même la nécrose.

Ces affections métastatiques du tissu sous-cutané et de la peau peuvent aussi donner naissance à la gangrène, humide ou sèche (ainsi que je l'ai déjà indiqué au chapitre des complications de la variole). Les pertes de substance qui en sont la conséquence ont quelquefois une grande étendue, et occasionnent ordinairement la mort avec tant de rapidité, que, naturellement, elles ne peuvent permettre d'observer aucune autre suite.

DIAGNOSTIC DE LA VARIOLE.

Les symptômes de la variole sont si tranchés, qu'il n'est pas besoin d'un œil bien exercé pour reconnaître la forme ordinaire de cette maladie. La petite vérole grave, quand l'éruption est à son apogée, est particulièrement facile à diagnostiquer. Mais il en est autrement, soit lorsqu'elle commence, soit dans la forme plus bénigne de la maladie, où l'efflorescence est peu abondante.

Les affections cutanées suivantes sont les seules avec lesquelles il soit possible de confondre la variole :

1° La *rougeole,* dans la variété qui s'accompagne du développement, non de macules, mais de papules. On commet souvent cette erreur, et elle est très-excusable, puisque dans les deux cas l'éruption cutanée présente à peu près la même physionomie, et s'observe vers le quatrième jour de la maladie. A cette période, en effet, on remarque des élevures papuleuses d'une teinte rougeâtre, éparpillées sur toute ou au moins sur une grande partie de la surface cutanée. On peut même dire que l'éruption rubéolique a une coloration plus foncée, et que les papules dans cette maladie sont plus volumineuses; elles ont au moins la grosseur d'une lentille, tandis que celles de la variole sont plus petites, et d'une teinte plus pâle. En outre, dans la variole, l'éruption affecte les différents points de la peau, successivement selon l'ordre anatomique, de sorte qu'on trouve les plus grosses papules sur la figure et le tronc, pendant que celles qui occupent les membres sont d'une formation plus récente; dans la rougeole, au contraire, les papules présentent à peu près partout le même degré de développement. Mais en réalité, ces caractères ne suffisent pas pour faire discerner la nature de l'affection à cette période, et rien, si ce n'est l'observation ultérieure du malade, ne peut nous mettre complétement à l'abri d'un diagnostic erroné. Car, vingt-quatre heures plus tard, toute difficulté aura disparu. Si c'est une variole, elle aura pris un plus grand accroissement; si c'est la rougeole, elle se sera transformée en macules.

Un autre signe différentiel important, c'est que l'affection des muqueuses est plus prononcée dans la rougeole que dans la variole. Sa présence n'est, toutefois, pas si exclusivement limitée à la première, qu'il soit possible d'affirmer avec certitude que nous avons affaire à une rougeole, par cela seul qu'il existe une prédominance des symptômes catarrhaux.

2° Il y a encore une bien plus grande ressemblance entre certaines

éruptions pustuleuses syphilitiques et les variétés les plus bénignes de la petite vérole (varioloïde et varicelle), au moment où les pustules sont complétement développées, c'est-à-dire pendant la période de suppuration.

Par rapport à leur forme extérieure, il est en effet tout à fait impossible de distinguer ces affections. Alibert et Cazenave ont insisté sur cette similitude. Le premier a donné à de telles maladies syphilitiques, le nom de « *Syphilis pustulans varioloides* », par suite de leur analogie avec la varioloïde ; et le dernier les a appelées « *Syphilide en forme de varicelle* », en raison de leur ressemblance avec la varicelle. En fait, ainsi que je l'ai déjà indiqué en exposant l'historique de la variole, c'est ce qui a motivé la dénomination de *petite vérole*, en opposition à celle de *grande vérole*. Il ne faut pas croire que la présence de la fièvre dans la variole, et son absence dans les syphilides, soit un signe suffisant pour distinguer ces affections l'une de l'autre. Il y a de nombreux cas de varicelle, dont l'évolution tout entière a lieu sans aucune accélération du pouls, et sans augmentation de la chaleur de la peau ; et, d'un autre côté, les syphilides pustuleuses sont souvent accompagnées de fièvre, ou compliquées de quelque maladie fébrile. Le seul indice certain de la présence de la variole dans ces circonstances, est que l'efflorescence, quand on l'examine avec soin, offre à peu près le même degré de développement sur toute la surface du corps, tandis que les pustules syphilitiques n'ont jamais toutes la même forme. Ces dernières, en effet, n'apparaissent pas simultanément, mais se succèdent d'une manière ininterrompue ; aussi les voit-on, dans le même temps, à toutes les phases de leur développement et de leur évolution.

Il est vrai que, dans l'application de cet élément de diagnostic, il existe cette difficulté, que la varicelle se manifeste souvent par des éruptions successives à des intervalles, le plus souvent, de quelques jours. Quand il en est ainsi, l'efflorescence présente certainement, en même temps, divers degrés de développement et de rétrogression. Dans ces conditions, le seul moyen d'arriver à un résultat satisfaisant, c'est d'examiner avec soin toute la surface non-seulement de la peau, mais aussi des membranes muqueuses, aussi loin qu'on peut les voir ; de prendre également en considération l'état des autres organes ; à moins, toutefois, qu'on ait l'occasion de faire un diagnostic précis, en surveillant la marche ultérieure de la maladie. S'il est possible de suivre cette voie, il n'y a naturellement aucune difficulté. Car la petite vérole étant une affection aiguë, l'éruption variolique aura subi, en peu de jours, des

changements importants, soit dans son développement ultérieur, soit dans celui de son évolution; tandis que, pour les maladies syphilitiques, de semblables modifications dans l'aspect de l'efflorescence cutanée ne se produiront qu'après plusieurs jours, ou même plusieurs semaines. Ainsi, on peut très-bien rester dans le doute pendant quelques jours, mais cette incertitude ne saurait jamais être de longue durée, parce que la variole a toujours une marche aiguë, tandis que les syphilides sont invariablement chroniques (1).

3° Une autre maladie cutanée, qui offre une ressemblance éloignée avec la petite vérole, c'est l'*acne pustulosa*. Cette affection n'a cependant pour siége habituel que la face, la poitrine et le dos, et on ne l'observe pas sur les membres; de plus, elle n'est pas *homogène*, mais consiste à la fois en papules de diverses grosseurs, et en pustules; enfin, ces pustules présentent toutes à leur centre un comedo. Ces différents caractères ne permettent certainement pas de confondre l'*acne pustulosa* avec la variole, quand on aura eu la précaution d'examiner la peau avec soin.

4° Après la terminaison de la variole, il reste sur la peau, tout le monde le sait, des taches pigmentaires qui ont, dans quelques circonstances, une certaine analogie avec les macules cuivrées de la syphilis. Mais ici toute erreur est impossible, par suite de l'absence complète d'infiltration cutanée, ou de desquamation épidermique, sur les points qui sont le siége des dépôts de pigment.

5° La morve est également une affection qui donne lieu à la formation d'abcès sous-épidermiques, ressemblant parfois à des pustules varioliques, qui deviennent confluentes. Dans cette maladie, toutefois, il existe toujours, en outre, des abcès profonds, avec infiltration du tissu aréolaire, une extravasation hémorrhagique des muscles ou la gangrène de quelque partie du corps. Aussi est-il à peu près impossible de confondre la morve avec la variole, à moins de ne porter son attention que sur les pustules, en négligeant complétement les autres symptômes. Mais l'observation ultérieure, même en de telles conditions,

(1) Le diagnostic entre une syphilide vésiculeuse et l'une des formes de la variole n'offre de difficulté que lorsqu'il s'agit d'une varicelle; car, quoi qu'en dise le professeur Hebra, la variole et la varioloïde s'accompagnent *toujours* de fièvre, et les syphilides ne s'en accompagnent *jamais*.

Or, quant à la syphilide vésiculeuse, le seul moyen de la distinguer de la varicelle consiste en effet à rechercher les antécédents et les concomitants; mais leur coexistence est si constante, si facile à découvrir, pour qui sait chercher, qu'il n'y a réellement pas besoin de s'étendre davantage sur ce diagnostic dont il est permis de dire que le professeur Hebra a fait ressortir les écueils et tracé les règles plutôt en dermatographe qu'en praticien. (A. D.)

fera cesser tous les doutes qui pourraient exister; car dans cette maladie l'éruption ne parcourt pas ses périodes aussi rapidement que dans la petite vérole.

PRONOSTIC DE LA VARIOLE.

Pour porter un pronostic dans un cas de variole, il est nécessaire de considérer quelle est la variété de l'affection à laquelle nous avons affaire ; quelle est l'idiosyncrasie du malade ; s'il a été ou non vacciné, et enfin quel est le caractère de l'épidémie régnante.

On peut dire en général que plus les pustules sont nombreuses, plus aussi la petite vérole est grave ; car la marche du mal sera d'autant plus favorable qu'elles seront en moins grande quantité. Ainsi, la varicelle se termine-t-elle toujours par la guérison, et n'a-t-on à redouter une issue funeste que dans la varioloïde et la variole vraie. Mais, même dans ces formes de la maladie, le pronostic est de nos jours bien moins grave qu'autrefois. Car, dans ce pays du moins, la plupart des individus sont vaccinés, et les recherches statistiques ont démontré que si parmi les personnes non vaccinées la mortalité s'élève à 30,1 pour 100, elle n'est que de 5,2 pour 100 chez celles protégées par la vaccination (1). En outre, cette circonstance même donne à toutes les épidémies de variole un caractère beaucoup plus bénin qu'elles ne l'avaient anciennement. En effet, s'il ne survient pas de complications, même les cas graves de petite vérole se terminent rarement par la mort.

Si, peu de temps après la formation des pustules, leur contenu est mélangé de sang ou s'il existe une infiltration hémorrhagique de leur base, le pronostic est défavorable, du moins quand la plus grande partie de l'efflorescence offre ces caractères ; il en sera de même si, outre l'éruption variolique, il y a de nombreuses ecchymoses. Par contre, la présence de pustules régulières, bien développées, entièrement distendues, suggère un jugement tout opposé.

(1) Les nombres indiqués dans l'édition allemande sont 33 pour 100, relativement à 12 pour 100. Je suis, toutefois, autorisé par M. le professeur Hebra à déclarer que c'est une erreur. Il y a dans le texte un renvoi aux « Documents concernant l'histoire et la pratique de la vaccination », qui renferment les rapports du professeur Hebra, ainsi que ceux de la « k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien ».

Les chiffres donnés dans le texte sont établis sur les relevés de 6213 cas de petite vérole. Dans ce nombre, 5217 avaient été observés chez des personnes qui avaient été vaccinées, desquelles 271 moururent ; 996 sont survenus chez des individus non vaccinés, dont 300 moururent. Ces chiffres représentent exactement les proportions que nous avons énoncées ci-dessus. (*Note du traducteur anglais.*)

L'idiosyncrasie du malade (Individualität) a encore une grande importance par rapport au pronostic. Plus le sujet est jeune, plus la variole est dangereuse (1); l'âge de l'individu est de toutes les circonstances celle qui exerce la plus grande influence sur l'issue de cette affection.

Encore aujourd'hui, les enfants à la mamelle, lorsqu'ils sont atteints de variole, meurent pour la plupart. La cause en doit être rapportée notamment à ce que les nombreuses pustules développées sur la muqueuse buccale et pharyngienne empêchent l'enfant de teter, de sorte que le plus souvent il succombe d'inanition. Cependant la variole, dans ses formes bénignes, se termine d'une manière favorable, même chez les enfants non vaccinés, si, sous d'autres rapports, ils sont en bonne santé.

Quant aux adultes, on observe une terminaison fatale de la petite vérole, bien plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes; elle est surtout grave chez les femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher. Dans les premiers mois de la grossesse, l'exanthème est en général une cause d'avortement, et à une époque plus avancée, d'un accouchement prématuré; mais, quand il en est ainsi, le fœtus ne présente pas toujours des marques de la variole. Lorsque cette affection attaque des femmes en couches, elle constitue une nouvelle source de dangers, ajoutée à un état qui est déjà en lui-même si sujet à subir une déviation fâcheuse.

Parmi les hommes (qui sont plus que les femmes enclins à commettre des excès de boisson) on doit craindre la petite vérole, principalement chez les sujets qui absorbent des quantités considérables de spiritueux, car le *delirium potatorum* se manifeste souvent chez les individus ainsi prédisposés, et constitue une complication dangereuse.

La variole offre plus de gravité chez les personnes qui étaient antérieurement rachitiques, anémiques ou tuberculeuses, que chez celles jouissant d'une bonne santé et ne présentant aucune de ces dispositions morbides.

Enfin, d'après mon expérience, on doit considérer comme une des conditions les plus fâcheuses au point de vue du pronostic d'avoir eu

(1) Le professeur Hebra, ainsi qu'il l'explique plus bas, n'entend sans doute appliquer cette proposition qu'aux diverses périodes de l'enfance, comparées les unes aux autres. Prise dans son sens absolu, en effet, la proposition ne serait pas soutenable, puisqu'il est certain qu'un varioleux de trente ans a bien plus de chances de mort, à égalité d'étendue et d'accentuation de l'éruption, qu'un varioleux de cinq ans, par exemple. (A. D.)

une première fois la variole. J'ai eu déjà bien souvent occasion de remarquer que les individus qui avaient été jadis atteints de cet exanthème, et chez lesquels on constatait les cicatrices les plus profondes, sont morts de cette maladie, quand ils en ont été de nouveau affectés avec une certaine intensité (1).

Au nombre des plus dangereuses complications de la variole, on doit ranger les affections métastatiques survenant sous forme d'abcès ou de gangrène.

TRAITEMENT DE LA VARIOLE.

Dans ce chapitre, il faut considérer séparément d'abord le traitement de la maladie elle-même, puis celui de ses complications et de ses suites.

La variole non compliquée parcourt régulièrement ses différentes périodes, et dans la majorité des cas se termine d'une manière favorable, *sans aucune espèce de traitement*. Sa marche n'est nullement changée par les influences extérieures légères, ni même par la présence simultanée d'affections internes, à moins qu'elles n'aient une certaine intensité. Dans ces conjonctures, il ne peut être question de l'emploi d'aucun remède, si ce n'est de ceux qui sont propres plutôt à calmer le malade, qu'à arrêter le processus morbide; il ne faut prescrire aucune médication, à moins que le cas ne l'exige, ou se borner simplement à l'administration de quelques *Emollientia*, *Mucilaginosa*, ou *Oleosa*, qui, sans doute, servent à maintenir les muqueuses dans un certain degré d'humidité.

Notre devoir, alors, n'est donc pas tant de faire à notre malade des prescriptions positives, que de le mettre fortement en garde contre l'emploi de tout mode énergique de traitement. Ainsi, l'habitude qu'on avait autrefois de saigner durant le *stadium prodromorum*, dans la pensée de favoriser le développement de l'éruption; l'administration d'émétiques et de purgatifs pour débarrasser les *primæ viæ* de toutes

(1) Ceci renverse toutes les idées reçues, non-seulement en *variologie*, mais en *virulogie*. Qu'une première imprégnation de l'organisme le dispense des effets d'une deuxième ou rende, tout au moins, ces effets moins graves, c'est une loi que l'analogie suggère, que l'observation confirme chaque jour et que l'expérimentation a démontrée de la manière la plus péremptoire. On ne peut donc croire qu'un auteur aussi judicieux que le professeur Hebra ait voulu s'inscrire contre le témoignage univoque de de ces diverses sources de certitude. Et la seule manière dont il nous paraisse légitime d'interpréter le sens de sa phrase est d'admettre qu'il a simplement voulu dire ce qu'il a dit, savoir que les sujets une première fois atteints de variole sont morts de cette maladie quand ils en ont été affectés *avec une certaine intensité*, cas qui, évidemment, ne constituent qu'une exception rare. (A. D.)

« *sordes* » ; l'application sur la peau d'irritants tels que sinapismes ou vésicatoires doit être proscrite. Il faut, en effet, éviter notamment ces derniers moyens, parce que, ainsi que je l'ai déjà démontré, les pustules varioliques viennent en beaucoup plus grande quantité sur les points qui ont été auparavant (volontairement ou accidentellement) le siége d'une irritation, que sur les parties qui n'ont pas été exposées antérieurement à une hypérémie quelconque.

D'un autre côté, on ne peut faire aucune objection théorique ou pratique à l'emploi de bains tièdes ou même de la douche froide, dans le *stadium floritionis* de la variole. Car l'expérience a suffisamment prouvé qu'aucun effet nuisible ne résulte de leur usage répété (1).

Il est cependant nécessaire d'abandonner cette méthode expectante de traitement dans certains cas de variole vraie, dans lesquels la maladie se prolonge indéfiniment et dans lesquels le quina, les acides minéraux ou les amers sont indiqués par la présence de frissons, ou la persistance de la fièvre secondaire. Les spécifiques si vantés autrefois — parmi lesquels le camphre, notamment, jouait un rôle prédominant — n'ont pas, d'après mon expérience, la valeur qu'on leur attribuait.

Impuissants comme nos remèdes le sont pour réprimer le processus variolique, ils ne sont pas moins inefficaces pour atténuer ces symptômes désagréables — telles que la salivation ou l'angine — qui accompagnent parfois la petite vérole. Ainsi, on ne possède aucun agent capable, soit d'empêcher la salivation de survenir, soit de l'arrêter quand elle existe. On peut, en effet, se figurer qu'il est possible d'y parvenir, en les continuant environ une semaine, à l'aide de gargarismes consistant simplement en décoctions mucilagineuses ou astringentes, ou renfermant du chlorate de potasse, de l'alun ou du tannin. Mais je puis répondre en toute sincérité, à ceux qui partagent cette manière de voir, que, dans la variole, j'ai toujours observé que ces accidents ont disparu dans le même espace de temps, ou avec plus de rapidité encore, quand on faisait tout simplement rincer la bouche du malade plusieurs

(1) Il y a là une contradiction. Que les immersions froides n'offrent pas de danger pendant le cours de la variole, qu'elles n'en aient notamment aucun à la période d'*éruption*, c'est ce qu'on aura déjà beaucoup de peine à persuader ; et, pour notre part, nous déclarons ne l'admettre en aucune manière. Mais, même ceci fût-il vrai, même les bains froids fussent-ils innocents, à quoi peuvent-ils être utiles ? Et pourquoi faire exception en faveur d'une médication aussi hasardeuse, dans tous les cas si grave pour la responsabilité du médecin au sage précepte, édicté quelques lignes plus haut, de *ne prescrire aucun remède dans le cours de la variole sans complications*. (A. D.)

fois dans la journée, ou même sans que l'on fît aucune médication.

Mais tout en admettant qu'il n'est nullement nécessaire de prescrire un traitement dans la variole qui suit une marche régulière, je suis loin d'accepter la méthode expectante dans les formes prolongées et graves de la *variole vraie*. Au contraire, comme je l'expliquerai tout à l'heure, je vois parfaitement à quoi doit tendre une médication rationnelle de cette maladie, quoique nos efforts pour atteindre ce résultat aient été jusqu'ici infructueux. Ainsi que je l'ai déjà dit, l'évolution de la petite vérole peut se diviser en deux périodes distinctes. Dans la première, on n'a affaire qu'à des symptômes qui sont occasionnés directement par le processus variolique, ou (si on veut l'appeler ainsi) par la dyscrasie variolique. Au nombre de ces symptômes, se trouvent les formes spéciales d'efflorescence, qui surviennent sur la peau et sur les membranes muqueuses. Mais après le dixième jour environ, lorsque la maladie est arrivée à son apogée, sa marche varie dans les différents cas, et peut affecter l'une ou l'autre des deux directions suivantes : dans l'une, son cours est favorable; le contenu des pustules se dessèche, et il est permis de promettre, par anticipation, la guérison du patient. Dans l'autre, la matière purulente reste pendant quelque temps liquide; et la maladie peut alors se terminer d'une manière fatale, par suite de de la formation de dépôts métastatiques.

Maintenant, la seule manière d'expliquer ce phénomène, est de supposer que le pus, quand il y a un obstacle à sa dessiccation, subit une fermentation putride; que ce liquide organique décomposé, se trouvant en contact avec les vaisseaux cutanés, est absorbé par eux et pénètre dans le torrent circulatoire; et c'est ainsi que se produit l'affection connue aujourd'hui sous le nom de *pyohémie*. Le but de la médecine doit donc, justement, être de diriger la variole vers une terminaison dans laquelle le processus de décomposition dont j'ai parlé puisse se produire sans danger.

Or, il existe, actuellement, deux moyens à l'aide desquels on peut atteindre ce but avec quelque certitude; d'une part, en provoquant la dessiccation la plus prompte possible des pustules; de l'autre, en enlevant leur contenu, avec le moins possible de lésion de l'épiderme pour ne pas exposer le derme au contact de l'air, ou à son introduction.

On avait jadis l'habitude, dans ces circonstances, d'avoir recours à des caustiques (das Ectrotisiren) dans l'espoir de favoriser la dessiccation de l'éruption, dessiccation que j'ai indiquée comme l'un des buts à se proposer dans un traitement rationnel de la variole. Dans cet es-

poir, on enfonçait dans chaque pustule un crayon de nitrate d'argent et on l'appuyait avec force sur sa base, de manière à coaguler le contenu albumineux. Mais quelque applicable que soit ce mode de traitement dans la varicelle ou la varioloïde, il est tout à fait impossible d'y avoir recours dans la variole vraie, lorsque l'efflorescence est très-abondante, notamment dans la forme confluente de l'affection, alors que toute la surface cutanée est complétement recouverte de pustules. Cette médication serait, dans ces conditions, tellement douloureuse pour le malade, que j'en redouterais les plus fâcheux effets sur le système nerveux. L'application du nitrate d'argent est, en réalité, impraticable dans les cas même les plus dangereux. L'expérience a, en outre, démontré que cette méthode n'a pas atteint le but qu'elle se proposait, car on voit une nouvelle exsudation purulente se former au-dessous de l'eschare produite par le caustique. Aussi, a-t-on depuis longtemps abandonné ce procédé.

Outre celui-ci, on a essayé d'autres modes de traitement, pour déterminer la coagulation du contenu des pustules. Ainsi le sublimé corrosif, l'alcool et la teinture d'iode ont été appliqués localement, et l'on s'est aussi servi dans ce but de l'électricité. Ces méthodes, toutefois, n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

Or, l'expérience démontre que sur les membranes muqueuses, l'efflorescence ne se développe jamais aussi complétement que sur la surface cutanée. Sur les premières, le liquide contenu dans les pustules ne devient pas purulent, et il ne se forme jamais de croûtes. Cette particularité peut tenir à ce que les muqueuses sont constamment lubrifiées (macerirt) par leur sécrétion. Aussi, est-il naturel de supposer que si, de la même manière, l'enveloppe des pustules varioliques de la peau était toujours en contact avec un liquide, on arriverait au même résultat; c'est-à-dire, que le pus pourrait s'échapper plutôt que cela n'a lieu ordinairement.

Dans l'espoir d'atteindre ce but, j'ai fait certaines expériences sur des individus affectés de variole, en recouvrant une de leurs extrémités avec des linges mouillés, tandis que, par comparaison, les parties correspondantes du membre opposé étaient laissées sèches. Ces observations ont démontré que cette méthode est tout au moins agréable au malade, bien que les résultats n'aient pas été aussi satisfaisants que je le désirais. Je l'ai notamment trouvée utile contre l'éruption de la plante des pieds. Ainsi que je l'ai déjà indiqué, lorsque ces régions restent sèches, la présence de nombreuses pustules varioliques occasionne de vives douleurs, par suite de l'épaisseur de l'épiderme, lequel

est difficilement soulevé par l'exsudation et devient ainsi la cause d'une contre-pression sur la peau. Mais lorsque les pieds sont enveloppés dans des linges mouillés, recouverts de toile cirée ou d'une couche mince de gutta-percha, le malade ne se plaint d'aucune sensation désagréable.

Ces expériences ont fait naître dans mon esprit le projet d'inventer un appareil à l'aide duquel on pourrait maintenir un varioleux dans de l'eau à la température de son corps, et cela nuit et jour pendant toute la durée de l'affection. Mon but, en baignant complétement les pustules, est de favoriser l'issue de leur contenu, et d'empêcher en même temps l'introduction de l'air, de manière à rendre impossible la décomposition du pus à un degré quelconque. Je reviendrai avec plus de détails sur cet appareil quand je parlerai du traitement des brûlures.

L'idée des applications que l'on conseillait autrefois dans l'espérance de s'opposer à la formation des cicatrices après la variole, semble avoir été inspirée par la même intention, celle de ramollir les enveloppes des pustules. Au nombre des remèdes employés dans ce but se trouvaient: l'emplâtre mercuriel simple, l'emplâtre mercuriel de Vigo, la couenne de lard appliquée sur la face, le cérat ordinaire, la pommade à l'acétate de plomb et la *crème céleste* (cold cream). Mais ni ces topiques, ni même le sublimé corrosif, la teinture d'iode ou l'esprit de camphre n'ont toujours réussi à prévenir l'apparition de « marques ». En effet, il est évident, d'après ce que j'ai dit plus haut, qu'il ne pouvait en être autrement. Car lorsque les pustules sont profondément situées et enfoncées dans le derme, il est tout à fait impossible, quel que soit le procédé auquel on ait recours, d'empêcher la perte de substance occasionnée par le processus variolique. L'apparente efficacité de ces remèdes si vantés se comprend facilement quand on réfléchit qu'il n'y a aucune circonstance dans laquelle toutes les pustules de la petite vérole soient suivies d'une marque. En effet, sur cent personnes affectées de la *variola vera*, on en trouvera à peine cinquante présentant ensuite des cicatrices; et dans la varicelle et la varioloïde, il ne s'en forme pas du tout, ou il en reste seulement quelques-unes comme preuve de l'existence antérieure de cette maladie (1).

(1) Le jugement de la *méthode ectrotique* est un peu sommaire. Tel qu'il a été réglé par Serres et Gariel, c'est-à-dire appliqué seulement à la face, il échappe à l'imputation d'inefficacité qu'Hebra dirige contre lui. Car dans les cas dont nous avons été témoins, la face demeurant seule sans marques, après la guérison, tandis que le reste du corps en offrait de très-apparentes, on ne pouvait alléguer que l'effet produit tînt à l'individu ou à l'espèce de la maladie, puisque *sur le même sujet* on voyait tout le corps portant de ces marques et une seule région, la face, en être préservée. (A. D.)

Ainsi donc, quel que soit le remède dont on ait fait usage dans le but de prévenir les marques de la variole, on verra, si l'on emploie le même mode de traitement dans tous les cas sans exception, que beaucoup d'individus après la guérison n'offrent aucune cicatrice. La preuve en est que dans le siècle dernier, avant l'introduction de la vaccine et lorsque la plupart des personnes étaient, comme on le sait, atteintes de la variole, toutes n'en portaient pas les marques, mais seulement celles chez qui la maladie affectait les couches les plus profondes de la peau. Il est, toutefois, certain qu'on procure au malade un grand soulagement en appliquant sur la face une substance émolliente quelconque pendant le *stadium eruptionis* jusqu'au moment où les croûtes sont formées. Mais le lard ou un onguent ordinaire agissent tout aussi bien que les pommades, teintures ou lotions composées.

Pendant longtemps, on a cru fermement qu'on pouvait prévenir le développement des pustules varioliques sur la conjonctive par des collyres employés dès le début de la maladie; on les appliquait, soit extérieurement sur les paupières au moyen de compresses, soit en les introduisant goutte à goutte dans l'œil. Cette opinion, toutefois, est dénuée de fondement. Car dans aucune des varioles confiées à mes soins (et dont le nombre dépasse de beaucoup 5000), je n'ai jamais observé de pustules sur la surface oculaire, quoique je n'aie eu recours à aucun traitement prophylactique quelconque. Le liquide lacrymal paraît agir ici de la même façon que la sécrétion des muqueuses; en tenant la partie humide, il s'oppose complétement à la formation de pustules ou du moins les fait immédiatement avorter ou disparaître.

Le traitement des complications de la variole est celui de l'affection interne ou externe qui survient dans chaque cas en particulier. Ces maladies réclament le même mode de traitement que si elles étaient indépendantes du processus variolique. Ainsi, il sera nécessaire d'ouvrir aussitôt que possible les abcès ou furoncles qui apparaîtront, et après avoir évacué leur contenu on favorisera l'occlusion de leur cavité par la compression. Les inflammations de la peau, — érysipèles et pseudo-érysipèles, exigent une médication antiphlogistique; mais on ne doit avoir recours ni aux sangsues ni aux scarifications; l'application de vessies remplies de glace ou de compresses trempées dans de l'eau froide (Eisumschläge) suffit parfaitement. Enfin, on doit traiter la gangrène ou la diphthérite d'après les principes ordinaires de la chirurgie.

Il me reste à discuter en détail le traitement hygiénique de la petite vérole. Dans cette affection, comme d'ailleurs dans toutes les maladies, un air frais et une température modérée sont plus salutaires que tout autre moyen. La crainte que les personnes atteintes de variole ne prissent des « coups de froid » conduisit nos ancêtres à les confiner dans des chambres qui étaient maintenues à une température élevée et dans lesquelles on ne permettait aucune ventilation. En effet, ils défendaient même de changer le linge du malade. Mais je crois, au contraire, que plus l'affection est grave et plus il est nécessaire d'avoir de l'air frais et même froid, de changer fréquemment le linge de lit et de corps, et de nettoyer avec soin la surface cutanée. En agissant ainsi, on peut diminuer considérablement les souffrances du patient.

Je n'ai jamais vu, durant tout le cours de la maladie, se produire la *rétrocession* supposée de la variole après l'exposition aux temps les plus rigoureux. En effet, j'ai observé plusieurs cas dans lesquels des individus sont restés au grand air pendant toutes les phases de l'exanthème et n'ont cherché à se faire recevoir à l'hôpital qu'au moment du *stadium decrustationis;* j'ai eu notamment à soigner une personne qui avait été obligée, pendant qu'elle était atteinte d'une variole vraie grave, de faire un voyage de douze jours à pied. On était alors en hiver, et la température était descendue à 10° Fahr. (— 12° c.). Malgré sa triste position, ce malheureux ne trouva nulle part de refuge, jusqu'au moment où les portes hospitalières de l'hôpital général de Vienne s'ouvrirent pour lui offrir un lieu de repos. Quand il eut été admis, on trouva son corps recouvert de pustules varioliques.

Les hydropathes (Naturhydropathen) ont soumis des varioleux à une médication qui ne serait jamais entrée dans la tête d'un médecin classique. Ils ont placé des individus atteints de cette affection dans des pièces non chauffées, dans des maisons construites simplement en planches, les ont « emmaillottés » à plusieurs reprises de draps mouillés, et ont permis qu'ils se baignassent plusieurs fois chaque jour, dans de l'eau à une température de 36 à 41° Fahr. (de 2°,2 à 5° c.). Et cependant, ce mode de traitement n'a pas occasionné une métastase du contenu des pustules de la variole sur des organes plus importants. Malgré cette médication, les malades ont guéri.

Me guidant sur ce fait, j'ai ordonné des douches froides à plusieurs personnes atteintes de la petite vérole, et je les ai tenues hors de leur lit depuis le début de l'affection jusqu'à ce que la formation des croûtes fût complète; je n'ai jamais constaté aucun mauvais effet résultant de cette manière d'agir.

Toutefois, je ne considère pas cette pratique comme étant humaine ou appropriée dans des cas de variole; elle est, au contraire, extrêmement pénible pour des individus souffrant d'une maladie grave, et par conséquent je ne recommande pas son adoption. Mais j'espère avoir ainsi démontré d'une manière positive qu'il est impossible de provoquer la rétrocession de la petite vérole, ni d'occasionner des accidents fâcheux en exposant le malade à l'influence de l'air froid, de l'eau froide, ou, en d'autres termes, au danger des « coups de froid ».

Une personne atteinte de variole doit donc rester au lit, dans une chambre bien ventilée, et à une température modérée de 61 à 64° Fahr. (de 16 à 18° c.). Il faut changer souvent les draps de lit et le linge de corps, et permettre au malade de boire froid, frais ou tiède, aussi souvent qu'il le désirera.

La nature du régime doit être réglée principalement sur la présence ou l'absence de la fièvre. Un individu qui souffre de la *variola vera* n'éprouvera le plus ordinairement aucun désir de manger avant le dixième jour de l'affection. Mais dans la varicelle on a fréquemment bon appétit après le quatrième jour, c'est-à-dire à la fin du *stadium prodromorum.* On doit, à cet égard, tenir compte des goûts du malade; s'il n'a pas de fièvre on lui donnera un bouillon gras léger aussitôt qu'il pourra le prendre, permettant ensuite d'autres aliments bien cuits selon l'état de son appétit. Par rapport au pronostic, il faut considérer comme un bon signe, si le malade mange dès le début de son affection. En effet, quand on songe combien est considérable la perte des fluides vitaux causée par le processus variolique, il est facile de comprendre que leur remplacement par l'ingestion des aliments doit contribuer dans une large proportion au retour de la santé.

Lorsque la variole suit son cours ordinaire, il n'y a aucune nécessité à ce que le malade prenne des bains ou soit lavé. Mais pendant le *stadium decrustationis,* le bain procure toujours un grand soulagement.

Enfin, il est évident, d'après ce qui a été dit, qu'il est tout à fait inutile d'assujettir les convalescents de la petite vérole à une nouvelle quarantaine d'un mois ou de six semaines. Aussitôt que toutes les croûtes se sont détachées et qu'on a lotionné ou baigné le malade, on peut le renvoyer en toute sécurité; dans tous les cas, il n'en résultera pour lui aucune conséquence fâcheuse. Mais comme on ignore quelles sont, par rapport au temps, les limites précises de la contagiosité de

la variole, ni quand le malade cesse d'être une source de danger pour ceux avec lesquels il se trouve en contact, il sera plus convenable de le tenir isolé un peu plus longtemps encore, peut-être pendant une quinzaine de jours après la terminaison de l'exanthème.

CHAPITRE XI

VACCINE OU COW-POX.

IVe Classe. —. Dermatoses aiguës, exsudatives, contagieuses.

Il y a plus d'un siècle que l'attention des médecins et des philosophes (Naturforscher) a été attirée sur ce fait, que, quand la petite vérole sévissait sur le genre humain, des éruptions semblables apparaissaient sur le pis des vaches. Ainsi, en remontant à l'année 1713, on trouve un traité de « Lue vaccarum », écrit par Salger; et en 1765 Sutton et Fewster donnèrent une description du cow-pox, et appelèrent l'attention sur le pouvoir protecteur que cette éruption possède contre la petite vérole. Dans les années 1769 et 1781, il est fait une autre mention, à Goettingen et à Montpellier, des propriétés du virus de la vaccine; et l'on dit qu'en 1791, un homme nommé Plett, maître d'école à Holstein, inocula deux enfants avec ce virus, et les préserva ainsi des atteintes de la variole. Mais ce fut le docteur Jenner qui, en 1796, après des recherches préliminaires continuées longtemps, fit la première expérience décisive en inoculant le bras de James Phipps, jeune garçon âgé de huit ans, avec le pus extrait de la main d'une laitière nommée Sarah Nelmes. Le docteur Jenner publia ses résultats en 1798. La vaccine fut immédiatement acceptée avec faveur; son usage se répandit principalement par de Carro (1), Osiander, Sacco, Woodville, Gassner, Neumann, Thiele, Ceely et autres. Ces auteurs ont aussi démontré l'identité de la vaccine et de la variole par des expériences sur l'homme, sur les animaux inférieurs et à l'aide des *revaccinations*.

(1) Nous avons eu le plaisir de voir nous-même ce vénérable confrère dont l'autorité si légitimement acquise a si puissamment contribué à la propagation en Allemagne de la découverte de Jenner. (A. D.)

Même dans les premières années après l'introduction de la vaccine, quelques personnes sur lesquelles on avait pratiqué cette opération, furent atteintes de variole; de sorte qu'il fut immédiatement évident que le pouvoir protecteur de la vaccine n'est pas absolu, comme l'avaient espéré ses premiers propagateurs. Mais même alors, il fut clair que l'apparition de la variole chez les vaccinés est un fait tout à fait exceptionnel; que la marche suivie par cette affection, chez ces individus, est beaucoup moins grave, et que les pustules sont bien moins nombreuses; et enfin, qu'une terminaison fatale s'observe très-rarement. Or, en vue de maintenir dans son intégrité la doctrine de l'action préservatrice de la vaccine, des médecins arrivèrent à expliquer ces cas en les rattachant à une affection qu'ils appelaient *varioloïde*, et que l'on supposait être essentiellement distincte de la variole, quoique présentant avec elle des analogies.

Pendant la période qui s'est écoulée depuis, toutefois, le pouvoir préservateur du cow-pox a été si complétement démontré, qu'on est aujourd'hui à même, indépendamment de toute opinion préconçue, de tirer des conclusions basées directement sur de nombreuses observations et sur des relevés statistiques. Ces conclusions sont complétement favorables à la vaccination. Quelques esprits sceptiques, il est vrai, ont de temps à autre essayé, par leurs soupçons et leurs objections, de faire tomber en discrédit ce bienfait si utile à l'humanité. Mais le bon sens public en général s'est exprimé si expressément en faveur de la vaccine, qu'on n'a pas à craindre que cette précieuse découverte n'obtienne pas la faveur à laquelle elle a le droit de prétendre.

Il y a depuis longtemps un point à discuter, c'est de savoir si la vaccine est identique avec la variole, ou simplement alliée à cette maladie ? Je pense que la meilleure manière de répondre à cette question, c'est d'appeler l'attention sur les faits suivants. Des expériences nombreuses et répétées ont prouvé que le virus de la variole, quand il est pris sur l'homme et transféré à un des animaux inférieurs (c'est-à-dire à une vache, un cheval, un âne, une chèvre, un cochon, un chien ou un singe), donne lieu à une affection semblable à l'éruption variolique, par sa forme et par les changements qu'elle subit. En outre, les *revaccinations* (d'un des animaux inférieurs à l'homme) ont fait naître sur ce dernier une efflorescence variolique distincte, bien qu'il soit vrai que la maladie entière n'ait jamais été reproduite de cette manière. Le virus est cependant le même; son passage à travers l'organisme humain l'a seulement rendu plus doux.

Si l'on compare encore la marche de l'éruption vaccinale chez la vache et chez l'homme avec l'efflorescence de la variole, on trouve une analogie si grande entre les deux affections, une uniformité si parfaite dans la structure des vésicules ou des pustules, dans leurs périodes de développement ou d'évolution, que leur identité est parfaitement évidente.

En effet, si le liquide contagieux provenant de la pustule vaccinale de la vache est mis, soit accidentellement, soit volontairement en contact avec la peau humaine par un des procédés que je décrirai ci-après, on constatera le résultat suivant. En premier lieu, il y a un intervalle de trois jours entre le moment de l'inoculation et l'apparition des premiers phénomènes de réaction, pendant cette période, il est impossible de découvrir un changement quelconque sur la peau. Mais vers le quatrième jour, l'épiderme commence à se soulever au point de former une petite papule ; dans le cours du cinquième et du sixième jour, la quantité de liquide s'accroît, la papule se change en vésicule ; et durant les deux jours suivants, elle augmente, atteignant son complet développement vers le huitième jour après qu'on a pratiqué l'inoculation.

L'aréole rouge qui, dès le septième jour, apparaît à la circonférence de la vésicule, est une indication que le liquide contenu dans l'intérieur commence à renfermer un plus grand nombre de cellules de pus, et à partir du neuvième jusqu'au douzième jour, sa couleur jaune montre qu'il s'est transformé complétement en pus. A partir de ce moment, la dessiccation commence à se faire, la pustule séchant graduellement du centre à la périphérie et formant ainsi une croûte qui reste adhérente jusqu'au vingt et unième jour.

Maintenant, si l'on compare cette description avec celle de cas de petite vérole quelque peu grave, on trouve que les pustules, dans chacune de ces affections, subissent pendant une égale période de temps des changements qui sont de tous points les mêmes. En fait, on observe même dans chaque cas des modifications semblables dans la marche de l'éruption, celle-ci étant quelquefois d'une durée moindre et d'autres fois plus prolongée. De plus, l'examen de la structure anatomique des pustules de la petite vérole avec celles de la vaccine montre qu'elles sont identiques. En ce qui concerne ce point, je ne puis que me référer à la description que j'en ai donnée en parlant de la variole, et qui est aussi parfaitement applicable à l'efflorescence du cow-pox (1).

(1) Aujourd'hui, la question de l'identité de la vaccine et de la variole ne saurait

Ces faits qui prouvent l'identité de la variole et de la vaccine, mettent aussi à même de comprendre comment la vaccination possède le pouvoir de garantir de la petite vérole, tout en admettant que ce pouvoir est relatif, non *absolu*. Car de même qu'on

plus être résolue dans le sens indiqué par le professeur Hebra. Les expériences faites à Lyon en 1865, sous l'inspiration et la direction de M. Chauveau, ne laissent aucun doute à cet égard (Voyez le travail VACCINE ET VARIOLE, *Étude expérimentale sur la question de l'identité de ces deux affections*. Paris, 1865). Nous ne pourrions donner ici une analyse étendue de cet important travail. Bornons-nous à une indication des faits principaux, de ceux surtout qui se distinguent par leur partie pratique.

1° La variole humaine s'inocule au bœuf et au cheval avec la même certitude que la vaccine, c'est-à-dire tout à coup. Mais, contrairement à ce qui a lieu dans l'espèce humaine, les effets primitifs produits par l'inoculation des deux virus diffèrent absolument. Chez le bœuf, la variole ne détermine qu'une éruption locale de *papules*, si petites qu'elles passent inaperçues quand on n'est point prévenu de leur existence; d'où l'erreur des expérimentateurs qui prétendent que la variole n'est pas inoculable aux animaux de l'espèce bovine. La vaccine, au contraire, engendre l'éruption vaccinale-type, toujours locale également, avec ses *pustules* larges et bien caractérisées. Chez le cheval, c'est aussi une éruption *papuleuse*, exclusivement locale, sans sécrétion ni croûtes, qu'engendre la variole; et quoique cette éruption soit beaucoup plus grosse que celle du bœuf, on ne saurait la confondre davantage avec l'éruption de la vaccine, si remarquable par l'abondance de sa sécrétion et l'épaisseur de ses croûtes.

2° En inoculant *simultanément* sur le bœuf la vaccine et la variole, on voit les deux éruptions se développer *simultanément* sans s'influencer réciproquement, en conservant ainsi leurs caractères distinctifs si radicalement tranchés.

3° Mais cette différence n'empêche pas les deux virus d'agir l'un sur l'autre, exactement comme chez l'homme quand on les inocule successivement. En effet, la *variole* ne prend pas en général sur les animaux préalablement vaccinés, et la *vaccine* échoue le plus souvent chez les animaux qui ont subi une inoculation variolique antérieure.

4° Malgré cette parenté intime des deux éruptions, il n'existe pas la moindre tendance au rapprochement entre leurs caractères chez le bœuf ou chez le cheval. En cherchant à cultiver méthodiquement le virus varioleux de ces deux animaux, on a même constaté qu'il ne peut s'y acclimater, et que, chez le bœuf en particulier, la variole s'éteint à la deuxième ou à la troisième génération, tandis que la vaccine, au contraire, se propage indéfiniment d'un individu à un autre.

5° Quant à l'inoculation chez l'homme de ce virus, implanté passagèrement dans l'organisme des animaux, virus appelé par Ceely *vaccino-variolique*, elle produit la variole, ni plus ni moins comme le virus directement emprunté à l'espèce humaine.

Les enfants auxquels on a inoculé le virus prétendu vaccino-variolique sont au nombre de dix. Tous ont eu une éruption généralisée, — discrète et bénigne dans quatre cas, — confluentes et plus ou moins graves dans les six autres cas.

Sur ces six varioles graves, trois, malgré l'intensité des symptômes, ne furent pas inquiétantes, deux mirent les malades à deux doigts de leur perte, une entraîna la mort de l'enfant. Il faut ajouter qu'un de ces derniers sujets communiqua sa maladie à sa mère et à un autre enfant.

Comme, dans les quatre cas de variole discrète, les caractères objectifs des pustules locales se sont tout à fait rapprochés de la variole, on a voulu s'assurer de la nature de l'éruption en inoculant son produit au bœuf. Mais, dans ce cas encore, on a obtenu l'effet caractéristique de la variole, c'est-à-dire l'éruption papuleuse presque imperceptible que donne à cet animal la variole ordinaire.

6° Donc, malgré les liens évidents qui, chez les animaux comme chez l'homme, rapprochent la variole de la vaccine, ces deux affections n'en sont pas moins indépendantes, et leurs virus constituent deux individualités distinctes. Donc, chercher à produire la vaccine avec la variole, d'après la méthode de Ceely, c'est produire une chimère dangereuse, puisque avec le virus ainsi obtenu, on ne pratique pas autre chose que l'ancienne inoculation, avec tous ses dangers. (A. D.)

voit par expérience que le fait d'avoir eu une attaque de variole constitue une garantie partielle (relative) contre une seconde infection, il en doit être nécessairement ainsi avec la vaccine; si, vraiment, *son* pouvoir protecteur n'est pas moins complet, c'est que la vaccine est une affection moins grave que la petite vérole. C'est cependant cette circonstance qui rend le vaccin propre à l'inoculation, puisqu'il met à même de pratiquer la *vaccination* sans exposer le malade aux dangers d'une variole ordinaire, semblable à celle qui survient lorsque le virus variolique est transféré d'un individu à un autre.

Guidé par ces vues, on n'attendra pas de la vaccine, qui est la variété la plus bénigne de la maladie, qu'elle offre contre la petite vérole une garantie plus absolue qu'on n'est dans l'habitude de l'espérer d'une grave variole elle-même.

Lorsque cette méthode préservatrice de la petite vérole fut proposée, à la fin du siècle dernier, la lymphe dont on se servait dérivait, soit des vésicules existant sur le pis des vaches, soit de celles que l'on trouve chez les chevaux affectés de *grease*. Le liquide provenant de cette dernière source était quelquefois d'abord transféré au pis d'une vache, au lieu de l'être directement à l'individu. Des vésicules vaccinales ayant été obtenues chez l'homme par l'un ou l'autre de ces procédés, leur contenu était recueilli huit jours après, et la lymphe ainsi obtenue était inoculée à d'autres personnes qui avaient besoin d'être vaccinées. Après quoi elle produisait une nouvelle quantité de vaccine, et ainsi de suite. Cette pratique conduisit dans le temps à une observation qui a été confirmée par l'expérience ultérieure, à savoir que lorsqu'un être humain est vacciné avec la lymphe prise directement sur l'un de ces animaux, l'opération est moins assurée de réussir que lorsque la lymphe est simplement transmise d'une personne à une autre. De plus, dans le premier cas, les pustules qui se produisent sont caractérisées par des symptômes bien plus graves de réaction, que lorsque la lymphe a passé préalablement par le *corps humain* (humanisirt).

Ces observations suggérèrent une autre recherche; celle ayant pour but de déterminer si l'on réalise une garantie plus complète en vaccinant avec la lymphe prise directement sur la vache, qu'en se servant du vaccin qui a déjà été transmis successivement à diverses personnes. Je suis à même de répondre à cette question avec la plus entière certitude, d'après les résultats obtenus dans la principale institution vaccinale de Vienne. La matière vaccinale employée dans cet établissement s'est perpétuée sans interruption depuis la première vaccination

pratiquée au commencement de ce siècle par de Carro et maintenant, après soixante années, cette matière « prend encore » aussi bien que jamais; et son action protectrice contre la variole est aussi complète que celle de la lymphe qui dérive d'inoculations récentes faites avec la matière du pis de la vache. Dans cette institution, un système digne d'être imité est en pratique; car, dans chaque chambrée, la même lymphe est employée, et, pendant plus de dix ans, le docteur Friedinger a fait usage, chaque jour de vaccination, de lymphe provenant d'une source unique. Les résultats auxquels on est arrivé sont de tous points très-concluants.

Il me paraît, en conséquence, que la lymphe qui a déjà passé par le corps humain devrait aujourd'hui être employée pour la vaccination de préférence à celle qui provient directement de la vache. Car la première *prend* aisément et elle est suivie comparativement d'une réaction légère, et est facilement obtenue; tandis que la dernière est inconstante dans ses effets et donne lieu à une réaction inflammatoire plus intense. La raison principale qui a engagé le public à préférer le cow-pox original à celui qui a passé à travers l'organisme humain, a été la crainte que d'autres maladies, outre la vaccine, fussent transmises au malade par la vaccination. Mais l'expérience a maintenant démontré qu'aucune condition morbide ou dyscrasique ne peut être ainsi introduite. En vérité, personne, lorsqu'il a été infecté par hasard par le poison syphilitique, n'imaginera avoir en même temps contracté la scrofule ou la goutte, et il est tout aussi probable d'admettre que ce résultat peut avoir lieu que de croire qu'une maladie étrangère peut être transmise par la vaccination en dehors de la forme bénigne de la petite vérole, qui est le but que l'opération a en vue.

Cette question a, de fait, été soumise à une expérimentation directe en employant pour l'inoculation un mélange de pus chancreux et de virus vaccinal; le résultat de ce mélange a produit quelquefois un chancre, d'autres fois une vésicule vaccinale, mais jamais une modification de l'une ou de l'autre de ces maladies ou une troisième affection. Pour plus amples informations sur ce sujet, et aussi pour élucider d'autres points dont j'aurais à parler plus tard, je renvoie le lecteur au Livre bleu (1) anglais, dont les conclusions sont appuyées sur des opinions et des données statistiques émanant de toutes les parties de l'Europe (2).

(1) « Papers relating to the History and Practice of Vaccination », by John Simon. London, 1857.

(2) La question est évidemment mal posée, disons plutôt qu'elle est posée en termes

Un autre point, sur lequel les hommes de l'art sont d'une opinion différente, est de savoir si la vaccination doit être ou non pratiquée pendant que le sujet est très-jeune. Mais si l'on prend en considération les dangers de la petite vérole chez les tout petits enfants, et l'intensité moindre de la maladie chez ceux d'un âge plus avancé, on ne peut que recommander la vaccination pendant l'enfance. Cette conclusion est encore renforcée par le fait que l'opération est exempte de tout danger, même chez les enfants de l'âge le plus tendre. Dans les principales institutions de vaccine de Vienne, les enfants sont souvent vaccinés lorsqu'ils n'ont que dix ou quinze jours, et sans qu'on puisse en remarquer le moindre effet nuisible. Chez le nouveau-né bien portant allaité par sa mère ou par une nourrice, cette opération n'entraîne aucun symptôme désagréable, à l'exception toutefois d'un léger mouvement de fièvre qui disparaît au plus tard six ou douze jours après l'inoculation.

Je suis donc tout à fait partisan de la vaccination faite de bonne heure, ou en termes plus précis, lorsque l'enfant est âgé de quinze jours.

L'expérience dans nos Instituts de vaccine montre que la *saison de l'année* n'a pas d'influence marquée sur les effets de la vaccination. On observe en toute saison des cas heureux et des cas malheureux, sans que le résultat de l'opération puisse, en aucune manière, être attribué à l'époque de l'année. La même chose se présente pour la vaccine

trop compréhensifs. Il ne s'agit pas de déterminer si deux virus peuvent se mêler, si, mêlés, ils peuvent se transmettre tous deux par une seule inoculation, — problème ardu, dont la solution n'est pas près d'être faite. Il s'agit uniquement de savoir si en prenant du vaccin sur l'homme, l'opérateur est exposé à insérer, par mégarde, sur l'inoculé, au lieu du virus bienfaisant, le virus délétère. En deux mots, il ne s'agit pas de savoir si le *vaccin* peut se mélanger de virus syphilitique, mais si la *vaccination* peut devenir l'occasion d'une infection syphilitique.

Or, en ces termes, le fait est prouvé par tant d'exemples, par tant de malheurs, qu'il n'y a vraiment pas lieu d'en recommencer la démonstration. Depuis les beaux travaux des syphiligraphes lyonnais, on connaît non-seulement le fait en lui-même, mais ses lois et ses modes. On sait que la vaccination peut transmettre la syphilis dans deux cas différents : soit lorsqu'on recueille le vaccin (mêlé ou non de sang) sur un enfant qui était atteint de syphilis constitutionnelle, au moment où on lui a pris du vaccin ; soit lorsqu'on recueille le vaccin sur un sujet dont la pustule résultant d'une des inoculations que je viens de décrire, n'avait que les apparences de la pustule vaccinale et était en réalité un chancre primitif. On sait aussi que le meilleur moyen d'éviter ces transmissions désastreuses, quand on vaccine de bras à bras, est : 1° d'abord de ne prendre sur la lancette que de la lymphe et non du sang ; 2° de bien examiner préalablement le vaccinifère ; 3° et surtout de le choisir ayant dépassé l'âge où débutent ordinairement les manifestations de la syphilis congénitale.

Mais n'imitons pas, en généralisant outre mesure, l'exemple donné par M. le professeur Hebra, et bornons-nous à conclure que, au point de vue des chances de transmission accidentelle de la syphilis, — le seul qu'il y ait à examiner ici, — la vaccination animale l'emporte sur la vaccination d'homme à homme. (A. D.)

ainsi que pour beaucoup d'autres maladies épidémiques. D'ailleurs, il y a certaines périodes pendant lesquelles la contagion de la variole est très-active, d'autres pendant lesquelles elle l'est beaucoup moins. Eh bien ! il en est de même pour la vaccination qui réussit quelquefois dans chaque cas, tandis qu'à d'autres époques les insuccès sont fréquents, mais ce n'est le fait ni de l'époque de l'année, ni de la température. On peut donc pratiquer la vaccination en toute saison.

Les *parties du corps* ordinairement choisies pour cette opération sont celles où les cicatrices peuvent être recouvertes par les vêtements et invisibles par conséquent dans les circonstances ordinaires ; mais ce choix n'a pas d'autre importance. La vaccination, comme on le sait, est ordinairement pratiquée sur la partie supérieure du bras ; toutefois, lorsque l'enfant est affecté d'un nævus, on peut le choisir pour le siége de l'opération. Dans ce cas, il faut faire de nombreuses piqûres sur les côtés, suffisamment rapprochées les unes des autres, afin que les cicatrices qui en résulteront puissent se confondre et que leur formation amènent comme résultat l'atrophie de ces productions pathologiques.

Un autre point de très-peu d'importance est le nombre des piqûres que l'on fait. La seule raison pour laquelle on pratique l'inoculation sur plusieurs points est de s'assurer que l'opération réussira mieux et produira une pustule vaccinale. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'obtenir un grand nombre de ces vésicules dans le but d'augmenter les garanties contre l'invasion de la petite vérole.

Il y a eu, depuis l'origine, bien des manières différentes de vacciner. Quelques opérateurs ont pratiqué de petites scarifications sur lesquelles ils ont ensuite appliqué des fragments de croûtes de vaccin, ou qu'ils ont frottées avec la lymphe vaccinale. Il est évident que cette manière de procéder doit provoquer une réaction bien plus intense et produire des vésicules bien plus prononcées que la méthode ordinairement usitée.

D'autres se sont servis d'un instrument consistant en deux branches parallèles dont les extrémités fendues servent à porter la lymphe. En employant cet instrument, la matière vaccinale est introduite sous la peau par une incision horizontale ou verticale. La plaie ainsi produite est plus large qu'il n'est nécessaire, et le but n'est atteint qu'en causant une vive douleur sur la partie du corps qui est le siége des ponctions.

La meilleure méthode de vaccination est celle qui consiste dans l'em-

ploi d'une lancette faite dans ce but spécial, ayant une surface convexe et l'autre légèrement concave présentant une espèce de rainure dans laquelle se trouve une goutte de la lymphe. En employant cet instrument, il est nécessaire d'en introduire la pointe sous la peau à la profondeur d'au moins une ligne, en le tenant horizontalement, la surface convexe en dessous et la surface concave en dessus. Lorsque l'épiderme a été traversé, il faut retourner la lancette de manière que la surface convexe soit en dessus et la surface concave en dessous par rapport à la peau. Le pouce de la main gauche (en supposant que la main droite soit employée à tenir l'instrument) doit être placé sur la plaie et exercer une légère pression; on retire alors la lancette, et la lymphe reste dans la peau. Lorsqu'on pratique la vaccination par cette méthode, il est indifférent qu'il s'échappe ou non une goutte de sang de la piqûre. Peu importe aussi que les vêtements soient ou non immédiatement remis en place.

Il existe une autre méthode de vaccination, mais dont les résultats sont moins certains que celle dont je viens de parler. Ce n'est donc que lorsque la première n'est pas applicable qu'il faut avoir recours à la suivante, qui consiste à placer la lymphe sur des « *pointes* » faites d'os (Beinlanzetten), et en les laissant sécher. Ces pointes sont ensuite introduites dans la piqûre faite au moyen d'une lancette ordinaire, et y sont laissées pendant quelque temps.

En pratiquant cette opération, il est toujours préférable de transporter directement la lymphe d'un individu à l'autre, en se servant pour cela du liquide recueilli dans les vésicules, le huitième jour après l'opération. Cependant, comme on ne peut pas toujours le faire, il faut chercher à recueillir et à conserver la matière vaccinale. On emploie pour cela de petits tubes de verre à ouvertures capillaires.

Lorsqu'on doit employer l'un de ces tubes, il faut d'abord le chauffer à la flamme d'une bougie afin de faire disparaître l'air qu'il contient. La vésicule vaccinale ayant été ouverte, on y introduit l'extrémité du tube qui se remplit rapidement de lymphe. On ferme immédiatement l'extrémité capillaire à l'aide du feu. La matière vaccinale ainsi recueillie peut se conserver pendant fort longtemps, si on la tient dans un endroit frais, sans rien perdre de ses propriétés préservatrices.

Lorsqu'on a besoin de s'en servir, on n'a qu'à briser l'extrémité du tube avec les doigts ou avec une paire de ciseaux et à l'exposer à la flamme d'une bougie afin d'en faire sortir la lymphe. Il faut, toutefois, pratiquer cette opération avec soin, car l'exposition

trop prompte ou trop continue à la chaleur peut altérer complétement la matière vaccinale. Une température de 145° F. (62°,77 c.) détruit, en effet, le principe transmissible.

FORMES IRRÉGULIÈRES DE LA VACCINE.

Les effets locaux de la vaccination ne se développent pas, dans tous les cas, de la manière que j'ai indiquée comme étant la plus fréquente. Au contraire, la vaccine, comme la petite vérole, présente de nombreuses irrégularités. Parmi ces variétés, quelques-unes se rapportent aux efflorescences cutanées seules ; ce sont, par le fait, les *modifications locales de la vaccine ;* tandis qu'on doit considérer les autres comme les *symptômes* d'une *contagion générale*, produite par l'absorption d'une matière contagieuse dans le sang.

Il est impossible de ne pas reconnaître la ressemblance qui existe entre les formes irrégulières de la vaccine et celles de la variole. Car, dans cette dernière affection, on a affaire à des modifications locales et générales de la marche normale; et dans ce cas, comme dans celui de la vaccine, les efflorescences locales consistent quelquefois dans un développement anormal des pustules, d'autres fois dans la présence de quelque autre affection, telle qu'un érysipèle ou la gangrène.

I. — MODIFICATIONS LOCALES DE LA VACCINE.

a. Variola vaccina atrophica (forme rabougrie ou verruqueuse du cow-pox) (Steinpocke).

Sous cette dénomination, on comprend un état dans lequel la vésicule vaccinale ne se développe pas complétement, mais conserve l'aspect papuleux; ou, si elle se transforme en une petite vésicule, elle n'arrive jamais à contenir une quantité aussi considérable de liquide que cela a lieu normalement.

Dans ces cas, en effet, la vésicule se dessèche rapidement et forme une petite écaille semblable à une verrue, brun jaunâtre, qui laisse après sa chute une petite cicatrice. Cette vésicule imparfaite et rabougrie contient, néanmoins, quelquefois un liquide inoculable qui, lorsqu'on l'insère sur un sujet vigoureux, peut *prendre* et donner lieu à des vésicules vaccinales régulières. Il devient alors évident que cette modification de la vésicule produite par vaccination tient à quelques conditions particulières à l'individu vacciné, bien plutôt qu'à une dé-

fectuosité du vaccin employé. Dans quelques circonstances, cependant, le liquide contenu dans ces vésicules avortées ne peut servir à des inoculations ultérieures.

b. Roseola vaccina.

Cette affection a déjà été décrite (1) avec les hypérémies de la peau; mais on doit la mentionner comme une des variétés de la vaccine, et c'est pour cette raison que je l'indique de nouveau à cette place.

Comme tout le monde le sait, c'est une éruption diffuse, affectant les bras des personnes vaccinées. Elle fait son apparition du troisième au dix-huitième jour après l'inoculation ; et, quand le contenu des pustules est desséché, elle disparaît sans laisser de traces après elle.

c. Variola vaccina herpetica (Eczempocken oder Krätzpocken des auteurs allemands.)

Le troisième jour après que la vaccination a été heureusement pratiquée, on voit quelquefois apparaître sur le point où l'opération a été faite un certain nombre de vésicules situées les unes à côté des autres, et remplies d'un liquide aqueux. Cette affection est accompagnée d'un prurit intense. Les matières contenues dans les vésicules disparaissent de bonne heure, et après leur disparition il y a une sécrétion continuelle à la surface.

La démangeaison qui porte l'enfant à faire des efforts continuels pour se gratter ou se frotter la partie vaccinée, et le fait que les vêtements constamment collés (adhérents) à la peau sont arrachés, favorisent le développement d'un eczéma qui présente une base plus ou moins infiltrée et qui est entourée d'une aréole inflammatoire plus ou moins étendue. Cette affection donne souvent lieu aussi à la tuméfaction des glandes axillaires voisines.

Cette forme de vaccine s'observe notamment chez les enfants faibles, rachitiques, scrofuleux ou anémiés. Mais elle peut survenir aussi chez ceux dont les vésicules vaccinales se sont déchirées accidentellement, de telle sorte que le liquide contenu dans leur intérieur s'échappe avant d'avoir été transformé en pus. L'expérience ne confirme pas l'hypothèse que cette affection doit être particulièrement attribuée à la présence d'autres maladies chroniques de la peau, telles que la gale ou l'eczéma.

d. Variola vaccina bullosa, Pemphigoides (Blasenpocken).

Dans cette modification de la vaccine, il se développe, à la place de

(1) Voyez page 58.

la papule ou vésicule habituelle,une *bulle*, contenant un liquide transparent, et présentant une circonférence rouge. Cette efflorescence peut survenir sur la plupart des taches qui étaient le siége de la vaccination, ou seulement sur quelques-unes d'entre elles. Quand la bulle se déchire, les matières qu'elle renferme se dessèchent ordinairement en formant une croûte mince qui ne laisse pas de cicatrice après sa chute. Dans quelques cas, cependant, il se développe sous les croûtes des ulcérations qui détruisent les tissus environnants, et laissent après leur guérison des cicatrices très-apparentes.

Le liquide provenant de ces bulles est impropre à des inoculations ultérieures.

La forme bulleuse de la vaccine est, le plus souvent, simplement sporadique; mais dans l'année 1836, j'ai eu occasion d'en observer, dans l'hospice des enfants trouvés à Vienne, une forme *quasi* endémique. Ce fait est aussi mentionné par Zöhrer (1), dans son ouvrage sur la vaccination.

e. Variola vaccina furunculosa (Vaccinefurunkel).

Dans cette variété de l'affection, des tubercules rouges aussi larges que des fèves apparaissent sur les points qui étaient le siége de la vaccination. Ces tubercules suppurent ensuite. Ils correspondent aux furoncles folliculaires ordinaires. Le pus qu'ils renferment ne peut pas être utilisé pour la vaccination. Il se dessèche en écailles minces qui ne laissent pas de cicatrices après elles.

Cette modification de la vésicule vaccinale a lieu principalement quand l'opération a été mal faite, soit avec des « pointes », soit avec l'instrument décrit ci-dessus (Impffeder), ou par la méthode des incisions longitudinales; mais elle peut se produire aussi, même après la vaccination avec la lancette ordinaire, quand celle-ci a pénétré trop profondément dans le chorion.

f. Erysipelas vaccinæ, variola vaccina erysipelatosa (Vaccineerysipel).

Cette affection fait son apparition du septième au dixième jour après la vaccination, au moment où le contenu commence à devenir opaque et purulent, et quand chacune des vésicules est entourée par une aréole plus ou moins étendue, même dans les cas où elles suivent leur marche normale.

Cette maladie consiste dans la formation d'un anneau rouge, qui

(1) « Der Vaccineprocess und seine Krisen ». Wien, 1846, p. 117.

s'étend rapidement; elle est accompagnée de tuméfaction, de tension et de rougeur, et présente les caractères ordinaires de l'érysipèle. Elle gagne ensuite parfois l'avant-bras, même les doigts et, dans la direction opposée, le creux de l'aisselle et la poitrine. On comprendra facilement qu'étant de nature érysipélateuse, elle provoquera aussi des symptômes fébriles concomitants selon l'étendue et la gravité de l'affection.

Cette maladie tient sans doute à la même cause que l'inflammation qui survient souvent dans les parties adjacentes de la peau, par l'effet de la présence de pus ou de matières en état de décomposition, quand celles-ci séjournent pendant un certain temps sous les téguments, de manière à être absorbées par les vaisseaux lymphatiques et les veines. L'*erysipelas vaccinæ* survient en général, dit-on, chez les enfants qui ont pris un refroidissement, ou qui ont été allaités avec un lait trop riche et trop nourrissant. Mais je ne puis admettre que cette affection doive son origine à ces causes ou à d'autres semblables.

D'un autre côté, on doit considérer les circonstances suivantes comme étant réellement des causes prédisposantes de cette maladie : L'agglomération d'un grand nombre d'individus dans un espace confiné, comme par exemple dans un hospice d'enfants trouvés; l'absence de soins de propreté; et, enfin, une certaine « constitution épidémique », qui prédomine pendant les mois d'avril, de mai, d'octobre et de novembre.

g. Variola vaccina ulcerosa (Vaccinegeschwür).

Dans les cas où les vésicules vaccinales se sont développées dans leurs conditions normales du huitième au dixième jour, on trouve quelquefois que, au lieu du liquide contenu desséché et formant des croûtes, les pustules se rompent et laissent les matières s'échapper, et alors des *ulcères* apparaissent. Ces ulcères s'étendent en profondeur et en surface. Ils donnent lieu à de la douleur ou à de la démangeaison, et sont accompagnés de symptômes fébriles et d'une grande agitation, d'insomnie et de perte d'appétit.

Cette variété s'observe plus fréquemment quand le virus provient directement de la vache; mais, dans quelques circonstances, on la voit survenir même après la vaccination faite avec de la lymphe qui a déjà traversé plusieurs organismes humains. Le fait que sur le pis des vaches on rencontre quelquefois des ulcérations vaccinales semblables, permet de supposer que cette affection est due à la présence d'un processus morbide très-intense dans la peau de cette partie, et non (comme on pour-

rait le croire) à quelque idiosyncrasie particulière de la personne vaccinée, ou à quelque changement spécifique dans le sang.

h. Gangrène (Gangrän an den Impfstellen).

Bednar (1) a cité un exemple de cette maladie sur un sujet âgé de trente-trois jours. Chez cet enfant, les croûtes se transformèrent, vers le vingt-cinquième jour après la vaccination, en une eschare gangréneuse noire et fétide. En même temps il survint de la diarrhée, un catarrhe bronchique, des ulcérations se produisirent sous les eschares, et l'enfant mourut le cinquième jour après le commencement de la gangrène.

II. — Modifications de la vaccine affectant l'organisme en général.

a. Vacciniolæ (Nebenpocken).

En outre des pustules de cow-pox qui se développent suivant le mode habituel sur la partie vaccinée, il se produit quelquefois une éruption ayant les mêmes caractères sur les autres parties du corps. Cette affection ressemble à la varicelle. Les pustules sont plus ou moins nombreuses; elles peuvent se présenter en même temps ou consécutivement à celles causées par l'opération, et suivre ensuite une marche parallèle. On dit que, même après l'apparition des pustules régulières de la vaccine, il peut survenir une efflorescence semblable constituant en quelque sorte une rechute de la maladie.

Les médecins qui pratiquent la vaccination (Impfärzte) donnent le conseil de ne pas se servir du contenu de ces pustules pour de nouvelles inoculations. Quant à moi, je hasarderai l'opinion provisionnelle, fondée sur des considérations théoriques (unmaassgebliche, subjective), que ces cas devraient peut-être être considérés comme des exemples de varicelle, survenant chez des personnes qui ont été vaccinées.

b. Fièvre vaccinale (Vaccinefieber).

Entre le septième et le neuvième jour après la vaccination, il se produit quelquefois une perturbation fébrile plus ou moins intense, se manifestant par l'accélération du pouls, la perte d'appétit, l'augmentation de chaleur à la peau, l'assoupissement, une soif ardente, etc. Suivant quelques observateurs, il se présente même dans ces cas des symptômes catarrhaux, tels que de la toux et de l'enrouement et même des

(1) « Die Krankheiten der Neugebornen », etc. Wien, 1853, S. 123.

vomissements répétés. Cette affection est plus ou moins grave ; les symptômes sont quelquefois si légers qu'ils passent inaperçus ; tandis que, dans d'autres circonstances, ils atteignent un assez haut degré d'intensité. Lorsque cet état fébrile suit sa marche ordinaire, il est de courte durée, mais dans les cas où il est accompagné de conditions anormales (telles que érysipèle, éruption furonculeuse ou gangrène), il se prolonge et prend une plus grande importance.

Il ne faut pas oublier néanmoins que toutes ces espèces de maladies fébriles peuvent se manifester aussi bien chez les personnes qui ont été comme chez celles qui n'ont pas été récemment vaccinées ; il en résulte que la fièvre qui survient après la vaccination ne doit pas être nécessairement attribuée aux effets de cette opération.

c. Désordre intestinal.

Cette affection s'observe ordinairement chez les enfants à la mamelle ; elle se présente au moment où la vésicule vaccinale a atteint son plus grand développement, rarement lorsque les croûtes commencent à se former. Son principal symptôme est la fréquence des évacuations ; évacuations de couleur jaune verdâtre, généralement liquides, quoique elles soient parfois constituées par des matières fécales ordinaires.

Il se produit souvent des aphthes sur la membrane muqueuse de la bouche ; ces symptômes n'offrent aucun danger pour l'enfant, et disparaissent promptement par une direction diététique convenable.

Maladies des organes glandulaires.

Il survient quelquefois, après la vaccination, une tuméfaction des glandes parotides et sous-maxillaires, qui est accompagnée d'une abondante salivation. On rencontre aussi dans les mêmes circonstances des affections des ganglions lymphatiques du cou et des aisselles.

CHAPITRE XII

ÉRYTHÈMES POLYMORPHES (1).

IVe Classe (suite). — **Dermatoses exsudatives, aiguës, non contagieuses.**

1. — Erythema exsudativum.

A. Erythema exsudativum multiforme.

Willan décrit six variétés d'érythème, qui est une des maladies de la peau comprises dans son troisième *ordre*, les *exanthèmes*. La première de ces variétés, qu'il appelle *érythème fugax*, a été décrite dans les hypérémies (2), comme appartenant à cette classe d'affections. La seconde, à laquelle Willan donne le nom de *E. læve*, n'est pas, selon moi, une maladie cutanée particulière, mais simplement un érythème simple (*E. fugax*), survenant sur la peau des parties qui sont œdématiées.

Il me reste donc seulement à parler ici de l'*E. marginatum*, *E. papulatum*, *E. tuberculatum* et *E. nodosum*. Certains auteurs, toutefois, ont encore mentionné d'autres formes.

Ainsi, Rayer décrit un *E. iris*; Biett, un *E. annulare*, seu *circinatum*, seu *centrifugum*; et Fuchs, un *E. gyratum*, un *E. urticans* et un *E. diffusum*. Mais ces divers noms ne correspondant en aucune manière à des affections différentes, il est avant tout nécessaire de déterminer quels sont ceux qui peuvent s'appliquer aux efflorescences développées successivement dans le cours d'une seule et même maladie, et ceux qui conviennent pour désigner des affections cutanées en réalité différentes des autres.

Sous ce rapport, l'expérience m'a appris que l'*E. papulatum*, *E. tuberculatum*, *E. annulare*, *E. iris*, *E. gyratum* sont simplement des formes de la même maladie à ses différentes périodes, l'aspect variant selon qu'elle est à son début, à la dernière période de son évolution, ou à peu près disparue. Je donnerai à cette affection le nom d'*Erythema multiforme*.

(1) Voyez page 145.
(2) Voyez page 54.

Le caractère le plus important de cette maladie est de survenir sur certaines parties spéciales du corps. Ainsi, on l'observe, chaque fois, à la surface dorsale des mains et des pieds. Dans les cas les plus graves, mais seulement dans ceux-là, on peut constater sa présence sur les avant-bras et les jambes, sur les bras et les cuisses, et même sur le tronc et la figure.

Toutefois, ce n'est que dans des circonstances très-exceptionnelles qu'il attaque ces dernières régions; et quand on l'y rencontre, il existe constamment aussi sur la face dorsale des mains, où, en effet, cette maladie cutanée apparaît ordinairement en premier lieu.

L'efflorescence que je décris actuellement consiste en papules ou tubercules aplatis, d'une teinte bleu sombre ou rouge brun, dont la grosseur varie de celle d'une lentille à celle d'une fève. Leur nombre n'est pas le même dans les différents cas. La peau immédiatement adjacente est rouge lors de leur apparition; mais cette coloration tient simplement à l'injection vasculaire, persiste peu de temps, disparaissant au plus tard dans l'espace de vingt-quatre heures. Quand elle cesse ainsi, cette rougeur hypérémique ne laisse après elle aucune pigmentation, et les papules et les tubercules, qui sont d'un rouge sombre deviennent encore plus facilement visibles qu'ils ne l'étaient anparavant.

Dans les cas les plus légers, les papules ou tubercules (correspondant à l'*E. papulatum* et à l'*E. tuberculatum*) persistent seulement pendant quelques jours. Ils surviennent parfois aux doigts et ils ressemblent alors beaucoup aux engelures (Frostbeulen), et ils ne laissent après leur disparition qu'un léger dépôt pigmentaire.

Si la maladie persiste plus longtemps, les tubercules s'aplatissent; leur coloration rouge s'étend aux parties adjacentes de la peau, et disparaît du centre. Un cercle rouge se forme ainsi autour de chaque papule ou tubercule. Cette modification constitue l'*Erythema annulare*.

D'autres fois, cependant, le centre de cet anneau est indiqué par une plus petite papule; ou bien encore, un second anneau peut se développer autour du premier, et à une petite distance; ainsi on observe, soit un petit anneau avec une papule à son centre, soit deux cercles concentriques. Ces efflorescences caractérisent l'*Erythema iris*.

Dans quelques cas, l'affection arrive à son terme après avoir subi ces transformations. Sa durée est alors très-courte; la rougeur des anneaux disparaît successivement, et en laissant seulement après sa disparition une légère pigmentation.

Dans d'autres circonstances, cependant, les cercles formés par les tubercules que j'ai décrits plus haut ne blanchissent ni ne s'effacent aussi rapidement, mais s'étendent d'abord par leur périphérie. Ainsi, les différents anneaux, primitivement isolés, se rapprochent les uns des autres, se touchent et en dernier lieu se confondent. De cette manière, il se forme des lignes sinueuses résultant de la réunion des segments de plusieurs anneaux; et c'est à cette efflorescence qu'on a donné le nom d'*Erythema gyratum seu marginatum*. Après un intervalle de temps plus ou moins long, ces anneaux cessent enfin de s'étendre; leur coloration rouge diminue graduellement; la maladie se termine sans donner lieu à d'autres changements pathologiques, et elle est suivie d'une desquamation et d'un dépôt pigmentaire peu prononcés.

Il résulte donc de la description précédente, que l'*Erythema papulatum* représente la phase la plus légère, et l'*Erythema gyratum* le degré le plus élevé dans le développement de cette affection. Aussi, suivant l'époque à laquelle le même malade sera soumis à l'observation médicale, on pourra diagnostiquer, soit un *Erythema papulatum*, soit un *E. annulare*, ou même un *E. gyratum*. Il est facile de comprendre comment les dermatologistes, qui ont observé de tels cas seulement à certaines périodes (bei einer bloss ambulatorischen Betrachtung), avaient supposé qu'ils se rapportaient à des espèces différentes, tandis que, quand on les étudie cliniquement, on doit adopter ma manière de voir, c'est-à-dire être convaincu qu'ils sont tous identiques.

L'*Erythema exsudativum multiforme* donne lieu à des symptômes *subjectifs* absolument insignifiants. Quelques malades se plaignent d'une légère sensation de brûlure, d'autres d'une démangeaison peu intense. C'est seulement quand les pustules situées sur le dos des mains sont nombreuses et agglomérées que la peau donne une sensation de tension (Spannung), ou paraît épaissie comme si elle était recouverte d'un gant (Pelzigsein). La température de la surface cutanée n'est pas sensiblement augmentée, ni subjectivement ni objectivement.

On n'observe des symptômes *fébriles* et des phénomènes *concomitants* que dans des cas exceptionnels; notamment lorsque l'affection occupe de larges surfaces de la peau, ou qu'elle l'envahit tout entière. Cette éruption n'entraîne après elle ni complications, ni suites graves. Sa durée entière varie entre une et quatre semaines. J'ai vu une fois l'*Erythema papulatum* accompagner une pneumonie, dont le malade mourut. Toutes les papules étaient parfaitement visibles sur le cadavre, et, quand ont les eut incisées, il fut évident qu'elles étaient

causées par une exsudation hémorrhagique (durch hämorrhagisches Exsudat).

L'*Erythema papulatum* présente des caractères particuliers, soit par rapport à l'époque de son apparition, soit par sa disposition aux récidives. Cette affection se présente seulement pendant certains mois, spécialement ceux d'avril, de mai, d'octobre et de novembre, durant lesquels on observe aussi plus fréquemment des éruptions érysipélateuses et herpétiques. En outre, ses récidives se rattachent à un type annuel (*Typus annuus*); car il y a des personnes chez lesquelles on voit survenir dans le cours du même mois un semblable érythème, pendant plusieurs années consécutives.

Dans quelques circonstances, on voit apparaître simultanément avec cette forme d'érythème des éruptions de même nature, avec la seule différence qu'elles sont vésiculeuses. Elles ont été, en conséquence, classées par Willan sous le nom d'*Herpes*. Il est toutefois impossible de ne pas admettre que l'*Herpes iris* et l'*H. circinatus* tiennent aux mêmes causes que l'*Erythema iris* et l'*E. annulare*, et qu'ils diffèrent seulement en ce que, dans la première de ces deux maladies, les vésicules qui se développent ont une marche aiguë et rapide, sont réunies par groupes et autour d'un centre commun (1).

Tous les autres caractères sont les mêmes dans les deux classes d'affections, et l'opinion exprimée il y a longtemps par Rayer, que l'*Erythema iris* et l'*Herpes iris* sont de simples modifications d'une seule maladie, est parfaitement exacte. Il y a cependant un avantage pratique à conserver ces deux expressions parce que de cette manière on peut, non-seulement rester fidèle à la définition des deux affections (*Herpes* et *Erythema*), mais aussi indiquer encore, par le nom qu'on emploie, à laquelle de ces formes, on a affaire dans un cas particulier.

On ignore complétement la cause de ces érythèmes. Ils ne sont certainement jamais produits par une irritation locale, et l'on ne connaît aucune maladie (excepté, peut-être, le choléra) (2) dans le cours de laquelle ils apparaissent *régulièrement*.

(1) Ce point sera plus longuement discuté au chapitre HERPÈS.

(2) L'éruption qui survient dans le choléra épidémique est, en effet, généralement considéré comme une *roséole* et décrite sous le nom de *Roseola cholerica*. Mais, je crois qu'il serait plus exact de l'appeler un *Erythema papulatum*. Dans l'épidémie de choléra qui a sévi à Vienne, je l'ai observé dans environ 1 pour 100 des cas et particulièrement dans ceux ayant une terminaison favorable. Il apparaît en général à la fin de la maladie, quand l'intensité des symptômes cholériques a diminué, et pendant la fièvre secondaire. Il envahit le dos des mains et des pieds, les avant-bras et les jambes, et sa coloration est bleu rouge ou livide. Il persiste ordinairement après les lésions

J'ai rencontré ces affections spécialement chez les jeunes sujets, qui d'ailleurs étaient en parfaite santé. Elles s'observent plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes; mais il m'a toujours été impossible de découvrir chez les malades eux-mêmes aucune cause prédisposante. Ces érythèmes surviennent souvent après des refroidissements, des écarts de régime ou des émotions morales; mais, à moins qu'on ne puisse démontrer l'existence réelle de ces conditions, je regarde de telles expressions comme de simples lieux communs et des termes vagues (Gemeinplätze und Schlagworte); et plutôt que de m'en servir, je préfère avouer que la cause de cette affection m'est complétement inconnue. Il est certain qu'elle ne doit son origine ni à l'usage des boissons alcooliques, ni à l'emploi d'aliments d'une nature particulière, soit acides, doux ou amers, soit végétaux ou animaux.

Le traitement de ces érythèmes doit être simplement expectant. Tous les remèdes locaux sont sans effet, et le traitement général superflu; car, comme je l'ai indiqué, la maladie se termine spontanément sans donner lieu à des conséquences fâcheuses, dans l'espace de quatre semaines au plus.

B. — Erythema nodosum.

Différant des affections que je viens de décrire par sa forme, le volume des tuméfactions qu'elle produit, sa marche et aussi par les symptômes qui l'accompagnent, l'*Erythema nodosum*, ou *Dermatitis contusiformis* doit être décrit comme une maladie indépendante.

Avec la plupart des auteurs, je donne ces dénominations à une affection consistant en tumeurs (Geschwülste) d'une coloration rouge pâle, s'élevant au-dessus du niveau de la peau, et ayant une forme semi-globuleuse ou ovale. Ces tuméfactions sont douloureuses à la pression et on les observe particulièrement sur les membres inférieurs.

Dans quelques cas, l'apparition de cette forme d'érythème est pré-

cholériques proprement dites, ne se transformant jamais en une autre forme d'érythème (telle que l'*E. annulare*, *E. iris*, ou *E. gyratum*), mais persistant comme un *E. papulatum*, quelquefois même pendant une quinzaine de jours. En effet, des malades de l'hôpital, convalescents du choléra, mais atteints de cette éruption, furent envoyés pour y être traités dans le service des maladies cutanées. Cette affection a la même marche que dans les autres cas et disparaît le plus souvent en laissant après elle une desquamation légère et un dépôt pigmentaire peu prononcé.

[Dans une note de l'édition anglaise il est dit que le professeur Hebra a observé, pendant l'année 1866, l'éruption dont nous parlons avec une forme maculeuse ou papuleuse, et cela dans la même proportion à peu près que les cas de choléra].

Selon les observations de Rigler (« Die Türkei und deren Bewohner », Wien, 1842, II, Band, S. 44), et de Gustave de Gaal, cette forme d'érythème existe à l'état endémique dans les provinces de la Turquie d'Europe.

cédée de légers troubles fébriles, et même de convulsions. Mais d'autres fois le malade ne s'aperçoit de la présence de ces tuméfactions semi-globuleuses, que grâce à la vue et au toucher. Leur volume est en général très-variable, les plus petites étant peut-être de la grosseur d'un pois et les plus grosses atteignant celle du poing d'un homme. Elles sont, pour la plupart, parfaitement distinctes les unes des autres. Au début, leur coloration est rose rouge pâle, avec une légère teinte jaunâtre. Plus tard, elle devient rouge sombre et même livide; et quand la rougeur diminue, une coloration jaunâtre (Pigmentirung) persiste pendant un temps considérable. Ces tuméfactions, en réalité, passent par les mêmes changements de couleur que l'on observe dans les contusions résultant de violences extérieures; de là leur vient le nom de *Dermatitis contusiformis* qui a été donné à cette affection par quelques auteurs.

Le nombre de ces tumeurs (Knollige Hervorragungen) varie dans les différents cas. Quelquefois elles sont limitées aux jambes, et n'existent qu'en petit nombre, dix au plus. Leur évolution est alors telle que je l'ai décrite ci-dessus.

Dans d'autres circonstances, il survient une seconde et même une troisième éruption de ces tumeurs, affectant chaque fois les parties qui jusque-là, étaient restées saines, en sorte que les cuisses, les avant-bras, les bras, le tronc et même la figure sont successivement envahis. Par la répétition de ces poussées, la durée de la maladie se trouve prolongée, et la participation de tout l'organisme se traduit par ce fait, que des paroxysmes fébriles, d'une intensité plus ou moins grande, précèdent chaque éruption nouvelle. En outre, ces cas exceptionnels d'*Erythema nodosum*, dans lesquels l'éruption est très-considérable, sont accompagnés de la perte de l'appétit, de l'abattement, de l'insomnie; en d'autres termes, d'un malaise général. Cependant, aucun des organes les plus importants de l'économie n'est spécialement affecté; d'ailleurs, l'étendue du mal sur la peau est bien suffisante en elle-même pour expliquer la présence des phénomènes fébriles.

Que cette forme d'érythème soit circonscrite ou répandue sur toutes les parties du corps, elle disparaît toujours dans l'espace de deux à quatre semaines, sans laisser d'autres traces que celles que j'ai déjà décrites.

Notamment, ces tumeurs ne suppurent pas et ne se transforment jamais en abcès. De plus, la *démangeaison* ne se rencontre pas au nombre des symptômes de cette maladie, elle donne lieu seulement à des sensations douloureuses. Enfin, la rougeur des tubercules isolés ne s'étend pas à la peau environnante; c'est là le caractère qui distingue essen-

tiellement l'*Erythema nodosum* des affections furonculeuses, de l'érysipèle, de l'urticaire, ainsi que des autres variétés de l'érythème déjà décrites.

Il est très-problable, sous le rapport anatomo-pathologique, que l'*Erythema nodosum* se rattache à l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, ainsi qu'aux maladies érysipélateuses, et l'on peut assurément dire aussi la même chose des autres érythèmes. En effet, il n'y a aucun doute que le processus morbide qui constitue l'*Erythema nodosum* ne soit une véritable inflammation des vaisseaux lymphatiques. Il existe notamment des cas où les tubercules sont situés sur le trajet de ces vaisseaux, de telle manière qu'ils offrent l'aspect ordinaire d'une lymphangite. Cependant, il n'a pas été jusqu'à présent possible, ni pendant la vie ni par l'examen *post mortem*, d'apporter une preuve positive que le siége de cette affection se trouve exclusivement dans ces vaisseaux, et c'est pour cela que l'opinion qui regarde ces érythèmes exsudatifs comme de simples lymphangites n'a jusqu'à présent que la valeur d'une très-probable hypothèse.

L'*Erythema nodosum* s'observe le plus fréquemment chez les femmes, mais quelquefois des hommes en sont également atteints. Dans les deux sexes, il survient plus habituellement entre les âges de quinze et de trente ans, plutôt qu'à tout autre époque de la vie.

Comme je l'ai déjà établi, toutes ces variétés d'érythème accomplissent leur évolution spontanément dans une période définie, et ne laissent après elles aucun effet fâcheux. Aussi, ils se terminent invariablement par la guérison. Il n'est donc pas nécessaire que j'entre dans aucun détail par rapport à leur traitement. J'ai seulement à mentionner que dans l'*Erythema nodosum*, ainsi que dans toutes les autres formes d'érythème, on devrait éviter l'emploi de toute application locale active en vue de soulager la douleur occasionnée par l'affection cutanée.

On doit avoir recours dans ce but à des compresses mouillées d'eau froide; s'il est nécessaire de prescrire quelques remèdes, il faut ordonner de l'eau de Goulard. Si le froid était désagréable, on pourrait user de fomentations chaudes; par exemple de quelque infusion simple, telle que l'*infus. malvæ,* ou l'*infus. jaceæ*. Ces applications ne fatiguent pas le patient et ne troublent pas le cours naturel de la maladie. Quelques médecins, cependant, pensent que la teinture d'arnica est un remède parfaitement inoffensif dans l'*Erythema nodosum,* ainsi que dans les affections analogues. Mais je voudrais donner un avis amical à ceux qui vantent son usage; à moins, toutefois, qu'ils ne se proposent

de s'en servir à doses homœopathiques et infinitésimales (als Hochpotenz). Dans la proportion d'une goutte de teinture pour un seau d'eau, cette substance peut certainement être employée sans la moindre crainte de causer un préjudice. Mais dans ma pratique, j'ai eu de fréquentes occasions d'observer que la teinture d'arnica, même quand elle est très-diluée, agit d'une manière nuisible sur la peau de quelques personnes. J'ai souvent vu, dans le traitement des contusions légères et des luxations, des eczémas et des dermatitides provoqués par l'application répétée de lotions contenant ce remède.

Si, dans un cas d'*Erythema nodosum*, l'apparition de symptômes généraux suggère l'administration de quelque médicament interne spécial, on doit agir comme si l'affection cutanée n'existait pas, celle-ci ne réclamant pour elle-même aucun traitement. Si, par exemple, le malade souffre en même temps d'accès de fièvre intermittente, la quinine est ordinairement indiquée. On peut encore prescrire des amers, s'il y a peu d'appétit; des laxatifs ou des purgatifs, s'il existe de la constipation; et enfin, des anodins, si le malade est tourmenté par de l'insomnie.

Appendice.

Les deux maladies la *pellagre* et l'*acrodynie* (la dernière est une affection qui a régné à Paris dans l'année 1828) ont été décrites par Alibert sous les noms d'*érythèmes endémique* et *épidémique*. Et quoique je ne puisse soutenir qu'elles sont identiques avec celles que je viens de décrire, dans leur nature intime, dans leur marche ou dans leurs autres caractères, je crois convenable de les mentionner à cette place, parce que, quelle que soit leur nature réelle, elles peuvent dans quelques cas être considérées comme appartenant aux *érythèmes exsudatifs*.

PELLAGRE.

Par feu le professeur MAYR.

(Pellis ægra, Risipola Lombarda, der lombardische Aussatz, Mal Rosso, Mal del Sole, Mal del Padrone, Cattivo Male, Male della Vipera; en espagnol, Mal de la Rosa).

Cette maladie a été primitivement bien décrite, dans la deuxième moitié du siècle dernier, par Frapoli, Odoardi, Gherardini, Strambio, etc. Elle règne épidémiquement, mais principalement parmi les

classes les plus pauvres, dans la Lombardie, le Piémont, la Vénétie et le midi de la France.

L'érythème qu'on observe dans la pellagre n'est qu'un des symptômes d'une affection générale et profonde, qui s'attaque à tout l'organisme.

L'éruption apparaît pendant le printemps et l'été, sur les parties du corps qui sont exposées aux rayons du soleil. Ainsi, elle frappe les mains (notamment la face dorsale), les avant-bras (dans le sens de l'extension), le cou et les parties de la poitrine et du dos qui ne sont pas recouvertes par la chemise. C'est surtout chez les femmes, dont le visage est plus exposé au soleil, que l'éruption survient à la tête ; car les hommes portent en général pendant leur travail des chapeaux de paille, tandis que les premières sont habituellement moins protégées par leur coiffure. Lorsque la face est affectée, les parties qui deviennent rouges sont le dos du nez, les joues et quelquefois le front.

Quand elle n'est pas très-grave, l'éruption disparaît, en général, spontanément à l'approche de l'automne ou de l'hiver, au moment où le temps devient plus froid. Elle détermine alors une légère desquamation et laisse après elle un dépôt pigmentaire peu prononcé. Mais si l'individu s'expose de nouveau l'été suivant à l'éclat du soleil, l'érythème reparaît avec une plus grande intensité que la première fois.

Au moment où cette affection cutanée fait son apparition, le malade éprouve de la faiblesse musculaire et de la dépression mentale. Lorsqu'il travaille, il se fatigue vite, et est obligé de se reposer; il devient silencieux et mélancolique. Cet état, qui se prolonge souvent pendant plusieurs années consécutives, est appelé par les auteurs italiens le *premier degré de la pellagre*.

On regarde le *second degré* comme commençant à l'époque où se montrent certains symptômes nouveaux et graves, ou bien lorsque ceux qu'on avait observés auparavant subissent une aggravation marquée. Les phénomènes qui surviennent alors ne se rapportent point à l'éruption, mais indiquent bien plutôt les progrès de l'affection interne. Ainsi, le malade éprouve une céphalalgie intense, des vertiges, des crampes, de la rigidité du cou et des membres; ses sens et ses facultés intellectuelles s'affaiblissent. Sa physionomie offre un aspect analogue à celle des aliénés (Geisteskranken); souvent, en effet, ces pauvres créatures tombent dans un état de démence ou de mélancolie qui, à la fin, prend en général un caractère religieux (*Melancholia religiosa*). Parfois il se produit un état semblable au *delirium tremens*, dans lequel le patient est irrésistiblement entraîné au suicide, et notamment à se noyer

(Hydromania). La mort survient par marasme, diarrhée colliquative ou hydropisie; ou bien encore elle résulte de l'inflammation aiguë d'un organe interne.

L'anatomie pathologique a été jusqu'à présent impuissante à expliquer cette mystérieuse affection. Ozanam rapporte qu'à l'autopsie, il a trouvé le cerveau et les organes thoraciques sains, le foie et la rate présentaient seuls des altérations pathologiques semblables à celles que l'on rencontre après la fièvre intermittente, dans le rachitisme et la chlorose. Les renseignements les plus nombreux sur les lésions observées après la mort sont, toutefois, ceux qui ont été donné par Labus (1). Suivant cet auteur, on trouve l'arachnoïde opaque et épaissie; la substance du cerveau et de la moelle épinière atrophiée et indurée; les ventricules cérébraux dilatés et remplis d'une plus grande quantité de sérosité. D'après lui, les poumons sont hypérémiés en certains points; mais le foie et les intestins sont vides de sang et le tube digestif (surtout l'intestin grêle) est ordinairement contracté dans une grande partie de son étendue.

Quand l'érythème pellagreux se reproduit plusieurs années de suite, sa coloration devient beaucoup plus foncée et la partie affectée est recouverte d'un épiderme brun ou noir fortement pigmenté. La peau est chaude au toucher; le malade se plaint alors d'une douleur brûlante, et, dans quelques cas, de sensations accidentelles de démangeaison. Lorsque ces plaques épidermiques très-pigmentées se sont détachées sous forme de masses noires, compactes, semblables à du cuir, on aperçoit la peau sous-jacente, épaissie sur une étendue bien définie, et présentant une teinte rouge foncée. Sa coloration est alors en général permanente; elle ne disparaît plus, comme au début de la maladie, sous la pression du doigt.

Ainsi l'aspect normal de la peau s'altère et se déforme; c'est là l'origine du nom d'*Elephantiasis italica*, proposé par le docteur Mason Good. Cet état constitue ce qu'on a appelé la *troisième période* de la pellagre.

D'après Strambio et Ozanam, qui sont des autorités dignes de foi, on voit cependant dans certains cas de pellagre l'érythème manquer, les symptômes sont seulement alors ceux que présenterait une affection du cerveau ou de la moelle épinière.

La marche de la pellagre est longue : cette affection dure habituellement de trois à cinq ans; elle peut même, quoique moins souvent, se

(1) Dr Pietro Labus, « La Pellagra investigata sopro quasi ducento Cadaveri di Pellagrosi », etc. Milano, 1847.

prolonger de huit à douze ans. Sa guérison complète est très-rare; les individus qui en ont été atteints restent en général stupides et incapables de tout travail intellectuel. La pellagre attaque plus rarement les hommes que les femmes, et moins fréquemment encore les enfants. C'est entre trente et cinquante ans que cette maladie s'observe le plus communément.

L'opinion d'Ozanam et d'autres auteurs qui regardent la pellagre comme héréditaire, quoique non contagieuse, s'explique aisément par cette considération que les influences extérieures qui l'occasionnent ordinairement agissent en même temps sur tous les membres d'une famille, ou du moins sur plusieurs d'entre eux, et que par conséquent les parents et leurs enfants sont souvent attaqués à la fois.

Ceux qui ont écrit sur la pellagre l'attribuent à différentes causes. Quelques-uns pensent qu'elle est due à la condition misérable où vivent les personnes qu'on voit en être le plus ordinairement affectées. En effet, ce sont, en règle générale, les habitants pauvres de la campagne constamment exposés aux rayons du soleil, se livrant aux travaux les plus pénibles, mal nourris et restant dans une atmosphère chaude et sèche. Les habitants des villes et les individus qui vivent dans de bonnes conditions, ne sont jamais atteints de pellagre.

Mais il y a cependant d'autres pays, sous les mêmes latitudes, où l'on n'a jamais observé cette maladie bien que les indigènes s'y trouvent dans des conditions exactement semblables. Il paraît donc extrêmement probable que d'autres causes sont nécessaires pour engendrer la pellagre, en s'ajoutant aux influences extérieures que j'ai mentionnées ci-dessus.

L'opinion que cette affection est due à l'alimentation par le maïs (pollenta) est celle que soutiennent en général les médecins et les auteurs italiens. Mais dans le midi de la France et en Turquie, les classes laborieuses se nourrissent de la même manière, et cependant la pellagre n'y est pas épidémique (1).

Toutefois, selon Ballardini (2) et d'autres écrivains, la présence de cette affection tiendrait à ce que, notamment dans les saisons froides et humides, le grain non encore mûr du *Zea Maïs* étant malade est attaqué par un fungus parasitaire, le *Sporisorium Maidis*. Cet état du maïs est

(1) La pellagre, toutefois, prédomine dans une étendue très-considérable de la partie de la France voisine des Pyrénées, et aussi dans d'autres départements. Le docteur Costallat, de Bigorre, est un des plus énergiques défenseurs des idées de Ballardini. (*Note de l'édit. anglaise.*)

(2) « Annali Universali (Omodei) », April, 1845.

très-commun dans le nord de l'Italie, et le grain flétri est mangé par les plus pauvres habitants de la campagne dont il constitue l'alimentation exclusive. Il semble probable que c'est là la cause de la pellagre, car ceux qui sont dans de meilleures conditions et prennent, outre le maïs, une autre nourriture, échappent à cette affection. Quelques auteurs ont même prétendu que lorsque la pellagre avait déjà commencé, il était possible d'arrêter ses progrès ultérieurs en donnant au malade un régime mixte (1).

La pellagre règne épidémiquement en Italie à un si haut dégré que, dès l'année 1784, Strambio déclare que la trentième partie de la population en est affectée. Il est établi, d'après des documents statistiques, qu'en 1830 il y avait, rien que dans l'Italie du Nord (Oberitalien) 20000 cas de cette maladie, le nombre des habitants étant d'un million et demi (Ballardini).

Traitement. — L'*érythème* qui accompagne la pellagre disparaît toujours spontanément, quand la partie qui en est le siége cesse d'être exposée à l'influence nuisible des rayons solaires. Si même le patient est dans l'impossibilité de trouver une occupation différente ou d'habiter dans un autre endroit, on peut arrêter le développement ultérieur de cette affection cutanée en protégeant contre le soleil les parties de la peau qui étaient restées découvertes jusque-là.

Dans l'espoir de combattre les symptômes *généraux* de la pellagre, on a malheureusement étendu jusqu'à ses dernières limites le traitement antiphlogistique. Chaque fois que le malade a une excitation quelconque, on le saigne immédiatement. Il n'est pas rare de trouver dans les hôpitaux italiens de misérables pellagreux qui, dans le cours d'une année, ont subi jusqu'à cent saignées, et ne sont cependant pas morts. Heureusement pour ces infortunées créatures, une semblable médication tombe de jour en jour dans le discrédit, et les médecins tendent actuellement à suivre une ligne de conduite plus rationnelle.

En effet, en donnant aux pellagreux au lieu de mauvais maïs une nourriture mixte convenable, notamment de la viande et du lait, en les recevant dans des hôpitaux bien organisés et bien installés, on peut ramener ces malheureux à une santé parfaite, sans aucun autre traite-

(1) J'ai observé par moi-même un grand nombre de cas de pellagre. La maladie, dans ses caractères généraux, présente incontestablement la plus étroite analogie avec d'autres affections (Intoxicationen) produites par l'ingestion de blé altéré (verdorben). L'action est, en effet, plus faible dans la pellagre, et la marche de la maladie plus lente; mais l'organisme n'est pas moins profondément affecté. En voyant un pellagreux, on pense involontairement à l'ergotisme (Raphania, Kriebelkrankheit). — (Hebra.)

ment. Quelques auteurs conseillent les bains tièdes ordinaires, et surtout les bains salés. On a recommandé, pour faire disparaître l'éruption, de laver la surface de la partie affectée avec du lait, du petit-lait, de l'infusion de mauve ou d'autre part avec de l'eau de chaux ou une faible solution de sulfate de fer. Mais il est probable qu'on atteindrait le même résultat tout aussi promptement, sans avoir recours à ces applications, et par la seule influence des conditions favorables indiquées ci-dessus.

ACRODYNIA

(Erythema epidemicum, *seu* Acrodynia).

Je regarde comme nécessaire, pour être complet, de mentionner cette affection qui a régné épidémiquement à Paris en 1828 (comme nous l'apprend la description qu'en a donnée Alibert) et qu'on a aussi observée, d'après Hirsch, dans les années 1829 et 1830.

Les symptômes de l'acrodynie furent les suivants : les mains et les pieds devenaient rouges et tuméfiés; le malade se plaignait d'une sensation, soit de formication, soit de picotement, ou même de douleurs lancinantes, semblables à celles qui sont occasionnées par des brûlures graves.

Chez quelques individus, les taches rouges ne présentaient pas de changements ultérieurs, si ce n'est qu'elles subissaient une desquamation et devenaient le siége d'un dépôt de pigment; tandis que chez d'autres il survenait des vésicules et des bulles qui se déchiraient ensuite et laissaient échapper leur contenu.

Dans ces diverses circonstances, il se produisait de la desquamation; et, pendant la durée de ce phénomène, il se détachait des fragments épidermiques très-épais. Dans bon nombre de cas, des parties de la peau autres que celles dont je viens de parler étaient affectées de macules rouges de même nature. Ces taches se manifestaient, par exemple, sur les cuisses, les jambes et les avant-bras, et dans quelques-uns de ces points elles présentaient une coloration rouge ou violette.

Mais le symptôme le plus extraordinaire de l'acrodynie que l'on constata fut la teinte noire comme de la suie qu'offrait la surface de l'abdomen, de la poitrine et des aisselles, de sorte que la peau du malade ressemblait à celle d'un ramoneur.

Chez quelques personnes, cependant, le tégument n'avait pas cet aspect, mais paraissait bien plutôt comme recouvert de toiles d'arai-

gnées. Enfin, chez d'autres sujets, l'épiderme était sec, dur, analogue à du cuir (schwielig entartet), et s'enlevait par le frottement, de la même manière que chez les personnes qui ont été exposées pendant un certain temps aux rayons du soleil.

Outre ces symptômes, les malades étaient ensuite affectés d'engourdissement des membres inférieurs, au point qu'en marchant ils ne sentaient pas leurs pieds toucher le sol, et, en conséquence, ils étaient obligés de se faire aider par d'autres individus. Ils éprouvaient en même temps des tremblements involontaires dans les mains et les pieds; et la douleur y était assez forte pour pouvoir être comparée à celle qu'on produit en arrachant les ongles avec une paire de pinces. Les vomissements, la diarrhée, les coliques, la dysurie, une toux spasmodique et suffocante et des ophthalmies figurent également au nombre des symptômes qu'on observait dans ces circonstances, et ils ont souvent mis fin à la vie du malade.

D'après l'opinion des médecins de l'époque tels que Chomel, Récamier, Chardon et autres, cette affection présentait une étroite ressemblance avec la pellagre et la raphanie, et, comme ces maladies, était sans doute occasionnée par l'usage de grain de mauvaise qualité.

Comme je n'ai pas l'intention de faire ici une description complète de l'acrodynie, mais simplement d'indiquer la place qu'elle occupe dans ma classification, et d'appeler l'attention du lecteur sur cette très-intéressante affection, je n'en dirai rien de plus, et je renvoie ceux qui désirent des renseignements plus complets à l'ouvrage du docteur Hirsch (1), de Dantzig. Ce livre est un appendice du « Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie », dont l'édition allemande de ce volume forme une partie.

ROSÉOLE

(Rosalia, Rubeola, Rötheln, Rütteln, Wiebeln, Feuermasern, der rothe Hund).

Sous le nom de *roséole*, Willan décrit un groupe d'affections cutanées, dans lesquelles, outre la *R. infantilis*, la *R. variolosa* et la *R. vaccina* (que je place parmi les hypérémies), il range la *R. æstiva*, la *R. autumnalis*, la *R. annulata*, la *R. miliaris* et la *R. typhosa*. L'exemple de cet auteur a été suivi par la plupart de ses contemporains et de ses successeurs, non-seulement en Angleterre, mais aussi en France et en Allemagne. En effet, dans les ouvrages sur les maladies de la peau, la

(1) « Handbuch der historisch-geographischen Pathologie », 8vo, 1859.

roséole occupe une place d'une certaine importance, à côté de la rougeole et de la scarlatine, au même titre qu'un troisième exanthème. Une observation impartiale montre, toutefois, que ces cas de roséole sont des formes de rougeole légère, dans lesquelles l'affection catarrhale manque complétement ou à peu près, ou bien de scarlatine bénigne et imparfaitement développée ; ou, d'un autre côté, qu'ils pourraient être compris dans le groupe de l'urticaire. Il est, en fait, absolument inutile de décrire sous le nom de roséole ou rubéole (Rötheln), une éruption exanthématique spéciale. Du reste, beaucoup de médecins de différents pays ont déjà soutenu cette même manière de voir; de sorte qu'en l'énonçant, je n'avance absolument rien de nouveau, mais je me rallie bien plutôt à certains auteurs, qui nient l'existence d'une *Roseola substantiva*.

On peut du reste contester avec raison toutes les formes de roséole admises par Willan. En premier lieu, l'expérience ne démontre pas l'existence d'une *R. æstiva* et d'une *R. autumnalis*. Car pour que la création de cette espèce fût justifiée, on devrait trouver une éruption spéciale survenant principalement pendant l'été, et une autre plus fréquente en automne. En outre, ces affections devraient se distinguer non-seulement parce qu'elles se manifestent aux diverses saisons de l'année, mais aussi, et surtout, parce qu'elles donnent lieu à des symptômes différents. Quant aux distinctions dans l'aspect de ces éruptions, il semblerait d'après les dessins de Willan (1), que la *R. æstiva* consiste en macules groupées en une forme serpigineuse, tandis que la *R. autumnalis* a plutôt un caractère discoïde. D'après ce que je sais cependant, ces différences n'ont été constatées par aucun autre dermatologiste.

Willan établit ensuite que la *R. æstiva*, « d'abord rouge, prend bientôt une teinte rose foncée » ; tandis que la coloration de la *R. autumnalis* « est très-prononcée, de sorte qu'à une certaine distance, la peau paraît comme tachée par du jus de cerises noires ou de mûres ». Cette assertion est évidemment erronée; la description de Willan se rapporte sans doute à quelque maladie cutanée qui a disparu, et qu'on n'observe plus aujourd'hui. Quant à la *R. annulata*, il serait difficile de la différencier de l'*Erythema annulare*, et la séparation de ces deux affections est manifestement inadmissible.

Je crois donc faciliter l'étude de la dermatologie, et me ranger en outre du côté de la vérité, en rejetant d'une manière absolue l'existence

(1) Op. cit., planche XXVI.

de ces trois formes de roséole; et je professe la même opinion à l'égard de la *R. miliaris*, dont je dirai tout ce qu'il est utile d'en connaître, en décrivant les formes de la *miliaire*.

Il en est autrement de la *R. typhosa*, affection que Willan a mentionnée, mais seulement en passant, et à la fin de sa description des roséoles. Il est toutefois évident, d'après le tableau qu'il trace de cette éruption, que Willan l'avait étudiée avec soin. Il en parle dans les termes suivants (1) : — « Dans le typhus ou fièvre nerveuse contagieuse, il survient quelquefois une éruption qui est analogue par sa forme à la roséole représentée dans la planche XXVI, figure 1, mais d'une nuance plus foncée. J'ai vu cette éruption vers le quinzième jour d'une fièvre qui s'est terminée vers le dix-septième jour. Dans d'autres circonstances, elle précède la formation de taches ou de vergetures pourpres; et d'autres fois, elle apparaît au début de la maladie, mais elle a une durée éphémère sans aucune lésion matérielle. » Il existe un accord parfait entre cette description de Willan et les observations que j'ai eu l'occasion de faire. Je reconnais également, dans cette forme de roséole, une éruption symptomatique ou affection cutanée accompagnant le *typhus fever* (2), et prenant la forme de macules ou d'anneaux rouges foncés. Elle est située notamment sur les membres, et se manifeste aux différentes périodes de la maladie; parfois tout à fait au début, dans d'autres circonstances seulement à la fin. Sa présence ne modifie en aucune manière le cours de la fièvre.

Dans quelques épidémies, cette éruption est d'une fréquence extraordinaire; mais on ne peut tirer de ce fait aucune conclusion certaine, quant au caractère bénin ou malin de la maladie principale. La *Roseole typhosa* est suivie d'une légère desquamation, et laisse après elle un dépôt pigmentaire, mais elle ne subit pas d'autre modification. La cause qui fait apparaître cette éruption dans le typhus est encore inconnue. Mais comme sa présence ou sa disparition n'a jamais occasionné aucun changement dans le cours de la fièvre, il est tout à fait inutile, pour ce qui concerne la roséole, d'avoir recours à une intervention thérapeutique.

(1) *Op. cit.*, p. 451.

(2) En réponse à ma demande : « A quelle forme de la fièvre les remarques dans le texte doivent-elles se rapporter? » le professeur Hebra établit qu'il a entendu indiquer l'éruption maculeuse qui se présente au début dans le « typhus exanthematicus », et qui se voit quelquefois dans l'« iléo-typhus » (fièvre entérique). Dans une note antérieure, cependant, il me disait qu'il emploie ordinairement le mot « typhus » pour indiquer la maladie « dans laquelle la rate est hypertrophiée, et les glandes de Peyer tuméfiées ». Cette forme de fièvre (fièvre entérique) est la plus commune à Vienne. (*Note de l'édit. anglaise.*)

URTICAIRE

(Nesselsucht, Nesselfieber, Nesselausschlag, Febris urticata, Essera, Porcellanfriesel, Cnidosis, Wiebelsucht).

L'urticaire est caractérisée par le développement d'élevures à la peau (Quaddeln, *Cnesmi*), d'une coloration blanche ou rouge, et accompagnée de sensations de picotement et de démangeaison, analogues à celles produites par la piqûre d'ortie (*urtica*). Cette éruption apparaît brusquement, est de très-courte durée, et n'est suivie d'aucune desquamation.

Les dénominations anglaise, latine et allemande pour la désigner ont rapport aux effets produits sur la peau par le contact de l'ortie. Les médecins arabes et ceux du moyen âge appelaient la maladie Essera (Porcellanfriesel). On l'a aussi divisée en deux formes, l'une aiguë, l'autre chronique; la première s'appelait la *Febris urticata* (Nesselfieber), et la dernière recevait le nom de *Cnidosis, Cnesmus* (Nesselausschlag und Wiebelsucht).

Cette éruption était connue même par Celse, mais on la confondait alors avec l'affection vésiculeuse (sudamina) causée par la sueur. Les Arabes la décrivaient sous le nom d'Essera, comme la forme typique (ausgeprägt) de la maladie dans laquelle existent des élevures à la peau. Sydenham la rangeait parmi les inflammations érysipélateuses (erysipelatoses), et son exemple a été suivi par Fuchs et l'école naturelle historique.

L'urticaire a souvent été confondue avec la scarlatine ou avec la miliaire (Friesel): ceci résulte de l'existence d'expressions comme Scharlach-Nesselfieber et Porcellanfriesel.

On peut trouver une nomenclature complète de la littérature médicale sur ce sujet dans les traités spéciaux sur les maladies de la peau, et notamment dans celui de J. Frank.

Les ouvrages plus récents contiennent simplement des observations de cas particuliers. (*Cetta, Vicent.*, « Diss. de Urt., » Ticin. reg., 1842. *Velten*, « Ueber die natur der Quaddeln, » Med. Correspondenz-Blatt Rhein- und Westphälischer Aerzte », Aug., 1843.)

L'urticaire apparaît quelquefois sans aucun prodrome et sans trouble de la santé générale; l'attention du malade n'est attirée sur la présence de l'éruption que par la démangeaison qu'il éprouve et la rougeur de la peau. Dans d'autres circonstances, toutefois, cette éruption est précédée de sensations d'anxiété et de malaise; ou elle peut

coïncider avec de la fièvre, s'accompagner de symptômes gastriques ou catarrhaux ; ou, enfin, s'associer à une fièvre intermittente (J. Franck).

L'éruption peut affecter immédiatement toute la surface cutanée, ou bien être partielle, limitée par exemple à la face ou aux membres. Son invasion est parfois brusque; d'autres fois, elle se développe successivement sur différents points du corps à des intervalles plus ou moins éloignés. Après avoir éprouvé des sensations de tension ou de démangeaison qui le poussent involontairement à se gratter, le malade trouve que sa peau devient chaude et rouge, et se recouvre de papules qu'on reconnaît d'abord plus facilement au toucher qu'à la vue.

Ces élevures peuvent être plus pâles ou plus rouges que la peau saine. Celles qui sont blanches sont souvent entourées d'un très-petit liséré rouge (Halo). Il existe une forte sensation de démangeaison ou de picotement; l'intensité de ces phénomènes est proportionnée à l'étendue de l'efflorescence.

L'urticaire est essentiellement, à un degré extrême, une affection *fugitive* et *erratique*. Les élevures disparaissent souvent tout à coup d'un point de la surface cutanée, mais pour reparaître sur quelque autre partie. Ou bien encore elles cessent tout à fait, et alors, après un intervalle plus ou moins long, elles reviennent une seconde fois. Sous l'influence d'une chaleur artificielle, ou lorsqu'il y a de la fièvre, l'éruption s'étend et s'exaspère.

L'urticaire survient souvent dans le cours d'autres maladies fébriles ou non fébriles, sans que dans chaque cas on soit à même de prouver qu'elle fait régulièrement partie des lésions dont l'ensemble constitue et caractérise la maladie (eine Theilerscheinung des ganzen Krankheitsbildes darstellt). Cette coïncidence a naturellement engagé tous les auteurs qui rattachent chaque affection cutanée à une maladie interne à prétendre que, lorsque l'éruption disparaît brusquement et qu'en même temps l'autre affection s'aggrave, il s'est formé des dépôts métastatiques de la *materia peccans* dans quelque organe interne. En effet, certains observateurs ont été conduits par leur tendance à reconnaître des processus métastatiques, à expliquer la disparition de l'urticaire, par l'apparition d'une ophthalmie, d'un œdème, ou même d'une inflammation du cerveau (1).

(1) Le professeur Hebra se borne à rapporter cette doctrine des métastases cutanées, sans la critiquer. Aurait-il compris qu'elle mérite mieux que le dédain ou les dénéga-

Les signes auxquels on reconnaît que cette efflorescence commence à diminuer sont l'effacement de l'aréole inflammatoire, la cessation de la démangeaison douloureuse, et cette circonstance que les élevures paraissent plus douces au toucher qu'auparavant. Quelque temps encore après la disparition de l'éruption, on peut reconnaître les points où existaient les papules à ce qu'ils offrent le plus souvent une teinte jaune pâle, ou du moins à ce que leur coloration est différente de celle de la peau saine.

L'urticaire n'est pas suivie de *desquamation.* Sur les parties qui ont été le siége d'excoriations et de frottements répétés, il survient, soit des érosions blanches linéaires dues à l'arrachement des différentes couches de l'épiderme, soit (si l'égratignure a été encore plus forte) de petites croûtes noires produites par la dessiccation du sang qui s'est échappé des vaisseaux de la peau.

Cette affection peut être complétement apyrétique ou accompagnée de symptômes fébriles. Dans le premier cas, il est parfois impossible de découvrir une autre maladie; mais, dans d'autres circonstances, il y a des signes d'embarras gastrique, tels qu'un état saburral de la langue, de l'inappétence, des nausées, des vomissements et de la diarrhée. D'un autre côté, dans des urticaires avec fièvre, les symptômes sont tout aussi variables que dans toute autre affection fébrile. En effet, cette forme d'urticaire ne diffère de la précédente que par l'accélération du pouls, une augmentation de la chaleur cutanée, la langueur, la dépression et la faiblesse musculaires.

Chaque élevure isolée n'est visible que pendant un espace de temps très-court; et lorsqu'il s'en développe plusieurs simultanément, elles disparaissent toutes très-rapidement. En d'autres termes, le cours d'une éruption quelconque d'urticaire est invariablement aigu. Mais il arrive fréquemment que de nouvelles élevures surviennent successivement, soit chaque jour, soit à des intervalles plus ou moins longs, ou, du moins, avant la disparition de celles qui s'étaient antérieurement développées; et ainsi, par le retour incessant de ces poussées, il se produit une *urticaire chronique.*

Aussi la durée de cette affection doit-elle être regardée comme excessivement variable. L'éruption, dans bon nombre de cas, ne reste visible que quelques heures (*urticaria ephemera*) ou persiste peu de jours (*urti-*

tions sommaires? Dans tous les cas, si la conversion du professeur de Vienne devait avoir lieu, il était tout naturel qu'elle se manifestât à l'occasion d'une maladie où l'éruption est aussi évidemment liée que l'est celle-ci à la *souffrance des organes internes,* — ainsi qu'on le disait dans le bon et vieux langage d'autrefois. (A. D.)

caria acuta seu *evanida*). Mais, d'autres fois, après avoir complétement cessé, elle revient après un intervalle plus ou moins considérable (*urticaria recidiva*); enfin, elle peut traîner pendant plusieurs mois, ou même plusieurs années, ne disparaissant jamais entièrement, mais quittant chaque partie à son tour pour reparaître sur quelque autre, *urticaria perstans*, seu *urticatio*, Nesselsucht).

L'urticaire n'est pas par elle-même une maladie d'une grande importance, et elle ne se termine jamais d'une manière fatale. Aussi les seules circonstances dans lesquelles on doive porter un pronostic défavorable, seraient celles dans lesquelles l'éruption accompagnerait quelque autre affection grave, qui, en fait, deviendrait cause de la mort du malade sans que l'urticaire y contribuât en rien.

Les formes les plus fugaces de l'urticaire sont celles qui sont accompagnées d'une fièvre légère, et qui surviennent brusquement sous l'influence d'une cause dont l'action est très-éphémère; de même les probabilités pour la persistance de la maladie augmenteront en raison directe de la largeur des élevures, de la fréquence de leurs migrations sur de nouvelles parties de la peau et de l'absence de troubles fébriles au moment où de nouvelles poussées se produisent. La variété d'urticaire qui n'est qu'une simple complication de quelque autre maladie n'augmente nullement la gravité de la première affection. Aussi la présence de l'efflorescence ne modifie-t-elle en rien le pronostic.

L'urticaire peut se développer sur tous les points de la surface tégumentaire; mais elle présente certaines particularités selon la région sur laquelle on l'observe. Quand elle apparaît sur la figure, elle y détermine en général une tuméfaction œdémateuse, principalement des paupières et des lèvres; les élevures, toutefois, sont moins distinctes que d'ordinaire, et l'éruption, pour la plus grande partie, prend le caractère d'un *urticaria rubra*, et est constituée par des lignes rouges et des stries. Le cou est plus rarement le siége de cette éruption, qui se voit cependant plus fréquemment sur la poitrine, le dos où elle prend souvent comme sur la face la forme de stries, et quelquefois de lignes ondulées d'un aspect particulier. On la voit moins souvent sur les membres que sur le tronc. Quand l'urticaire affecte le voisinage d'une articulation, la peau qui la recouvre se tuméfie et devient œdémateuse. Si les mains et les pieds sont attaqués, le malade se plaint souvent comme s'il éprouvait simplement la sensation d'un corps semblable à de la laine (klagt über ein Gefühl von Pelzigsein), et l'on ne peut constater aucun changement dans l'aspect de la peau de ces parties. Dans quel-

ques circonstances, cependant, les doigts et les orteils sont tellement tuméfiés qu'il est impossible de les mouvoir.

La plupart des affections cutanées aiguës et chroniques peuvent compliquer l'urticaire. Ainsi on observe fréquemment des élevures, disséminées plus ou moins abondamment sur la surface cutanée, dans la rougeole et dans les variétés les plus bénignes et les plus fugaces de la scarlatine. En outre, des élevures surviennent souvent à la suite d'égratignures dans les affections cutanées qui occasionnent une grande irritation telles que le lichen, la gale, l'eczéma et le prurigo. Mais les complications suivantes de l'urticaire avec d'autres maladies sont d'une tout autre importance et peuvent même parfois donner lieu à des difficultés dans le diagnostic. Ainsi :

1° Avec l'*Érythème* (*Erythema urticans*). Dans ces cas, les intervalles qui séparent les élevures sont recouverts d'une éruption érythémateuse. Celle-ci s'étend d'ailleurs à d'autres parties de la peau ; et sur ces points il se développe aussi ultérieurement des élevures. L'érythème, toutefois, est le plus souvent artificiel et tient à ce que le malade se gratte. Aussi cette affection diffère-t-elle très-peu de l'urticaire ordinaire.

2° Avec la *Miliaire*, l'*Herpès* ou le *Pemphigus* (*Urticaria miliaris, vésicularis* s. *phlyctænodes,* et *bullosa*). — Dans ces affections, les vésicules ou les bulles surviennent principalement sur la surface des élevures et moins fréquemment sur l'aréole environnante. Cette éruption ressemble beaucoup au premier abord à un herpès, un pemphigus ou un érysipèle bulleux.

3° Avec la forme papuleuse de l'inflammation folliculeuse (*Urticaria papulosa, Lichen urticatus* de Willan). — Dans cette maladie, les élevures sont d'une couleur rouge pâle et ne paraissent pas, au début, plus grosses que des graines de chènevis ; mais elles atteignent plus tard leur dimension ordinaire, et puis reviennent de nouveau à leur forme primitive. Finalement, elles disparaissent, laissant après elles des dépôts pigmentaires.

4° Avec le *Prurigo*. — On l'observe notamment chez les enfants, chez lesquels, d'après mon expérience, l'affection cutanée qui présente ensuite les caractères du prurigo commence par la formation d'élevures exactement semblables à celles de l'urticaire. Ce n'est qu'à une période plus avancée de la maladie qu'apparaissent les papules prurigineuses.

Dans la grande majorité des cas qui se présentent à notre observation, l'urticaire est *idiopathique*. Mais elle se manifeste assez souvent, en tant qu'affection concomitante, dans le cours des maladies fébriles.

Dans ces circonstances, on doit la regarder comme étant simplement *symptomatique*, et nullement comme indiquant une *crise* dans la maladie primitive. Outre qu'elle accompagne les affections catarrhales des organes respiratoires et chylifères, l'urticaire s'observe aussi dans les maladies typhoïdes (bei Typhen), et dans la tuberculose et le rhumatisme.

En outre, on a affirmé qu'elle peut survenir comme complication de la fièvre intermittente (*Febris intermittens urticata* de J. Franck) (1).

L'éruption apparaît, dit-on, au début de la période de chaleur et disparaît quand la fièvre cesse, sans laisser aucune trace de sa présence. Je n'ai jamais eu l'occasion de rencontrer l'urticaire comme complication de la fièvre intermittente. D'après la description des cas donnée par J. Franck, je suis même disposé à conclure que dans les épidémies auxquelles il renvoie (et qu'on dit être survenues à Pavie en 1794, et à Willna en mars et avril 1812), l'éruption n'était pas une urticaire, mais une *scarlatine partielle*.

Diagnostic. — Dans la description de l'urticaire, j'ai établi que cette affection cutanée est caractérisée par le développement d'élevures (ou de papules qui deviennent ultérieurement des élevures), par la présence de démangeaison, par la durée éphémère des élevures isolées, et en règle générale par l'absence de fièvre. Ces symptômes sont si caractéristiques, quant à la nature de la maladie, que, à part dans un très-petit nombre de cas, il paraît inutile de faire le diagnostic différentiel entre l'urticaire et d'autres dermatoses.

1° En premier lieu, cette éruption se distingue de celles que j'ai déjà décrites comme l'*Erythema papulatum*, *E. tuberculatum*, *E. nodosum*, *E. annulare*, et *E. iris*, par le fait que ceux-ci affectent certaines parties spéciales de la surface cutanée. En outre, dans ces maladies il y a absence de démangeaison, tandis qu'elle existe dans l'urticaire.

2° La scarlatine et la rougeole en diffèrent d'abord par leur marche typique, puis en ce qu'elles sont accompagnées d'inflammation du pharynx, des conduits tranchéo-bronchiques, enfin par la régularité avec laquelle dans ces maladies l'éruption est répartie sur toute la surface cutanée. Car l'urticaire s'observe le plus souvent sur des régions limitées de la peau, et les symptômes généraux manquent complétement, ou s'ils existent, ils diffèrent essentiellement de ceux qu'on rencontre dans les exanthèmes.

3° Il est important de différencier l'urticaire de l'érysipèle, notam-

(1) J. Frank, « Die Hautkrankheiten », Leipzig, 1846, Band I, p. 155.

ment de l'érysipèle de la face. Les principaux éléments pour cette distinction sont, que dans la première maladie la rougeur est moins accusée, tandis que l'infiltration séreuse est plus considérable, et par conséquent la tuméfaction plus molle dans l'urticaire que dans l'érysipèle.

Anatomie pathologique. — Ayant déjà exposé (1) ma manière de voir par rapport à la nature des élevures, je me borne à répéter qu'elles tiennent à une infiltration de sérum dans la portion superficielle de la couche papillaire du chorion et entre les lamelles de l'épiderme. La teinte rouge qu'elles présentent dans certaines circonstances (*urticaria rubra*) est due à l'existence d'un état hypérémique des vaisseaux des papilles; tandis que dans l'*urticaria alba*, l'hypérémie est limitée à la périphérie des élevures et produit ainsi l'aréole rouge, les points de la peau qui sont actuellement le siége des élevures étant bien plutôt anémiés qu'hypérémiés dans cette forme de la maladie.

On ne saurait tirer aucune objection sérieuse contre l'opinion que j'ai émise sur la nature de l'urticaire, de la manière brusque dont elle apparaît et disparaît. Car on voit survenir avec une aussi grande rapidité des exsudations dans des maladies d'autres organes (par exemple, pour l'œil); et dans ces cas, les matières sécrétées sont absorbées, tout aussi promptement, dès que l'obstacle à la circulation a cessé (1).

Étiologie.—L'urticaire résulte, soit de l'action directe d'*irritants externes* sur la peau, soit de l'influence de *causes internes*.

Au nombre des agents externes qui l'engendrent sont l'ortie brûlante (*urtica*), et les piqûres de certains insectes (tels que les punaises, les cousins, le *Culex pupiens*, la chenille de la *Gasteropacha processionea*, etc.). On lui donne, quand elle est ainsi produite, le nom d'*urticaria traumatica*. Au centre des élevures, on aperçoit alors un point d'une couleur plus foncée, qui est le siége de la piqûre. Quand il s'agit de l'ortie, l'affection paraît être causée par l'action du sulfo-cyanogène (Cyanschwefel), qui s'échappe des glandes de la surface de la feuille aussitôt que leurs pointes sont brisées. Lorsqu'elle résulte de la piqûre d'insectes, elle semble être occasionnée par leur succion continuelle (durch das anhal-

(1) Voyez page 11.

(2) Velten ne regarde pas les élevures comme le résultat d'un processus exsudatif, mais il les attribue à une contraction spasmodique de la partie entourant le chorion. Jusqu'à présent, cependant, les seules fibres musculaires qu'on ait trouvées dans la peau sont celles placées perpendiculairement à la surface et jusqu'à ce qu'on ait découvert des fibres circulaires dans la substance du tégument, l'opinion adoptée par Velten restera moins probable que celle que j'ai donnée.

tende Saugen), soit parce que leur dard traverse les tissus cutanés (1) (durch das Eingraben); soit, dans quelques cas, par l'introduction d'acide formique.

J'ai déjà indiqué que, chez les personnes dont la peau est très-sensible, l'urticaire peut provenir simplement de l'irritation continue de la surface cutanée par le grattement. Cette variété constitue ce qu'on appelle l'*urticaria subcutanea*. On l'observe surtout chez les individus qui sont en même temps affectés de quelque autre éruption accompagnée de démangeaison, telles que l'eczéma ou le prurigo, et elle est souvent consécutive à l'application sur la peau de substances résineuses, de la térébenthine, ou de l'*ung. terebenthinæ* (*ung. digestivum*).

Les *causes internes* de l'urticaire comprennent les suivantes:

1° Des émotions morales vives et brusques, telles que la frayeur et la colère (J. Franck).

2° L'ingestion de certains aliments, boissons ou remèdes. Les aliments qui donnent le plus habituellement lieu à l'urticaire sont: les écrevisses, les homards, les huîtres, le poisson de mer, le porc, les saucisses, les fraises et les groseilles, etc. Parmi les médicaments, on peut indiquer le copahu, la térébenthine, la valériane, les semina cinnæ, l'huile de foie de morue et diverses eaux minérales (J. Franck). Cet effet, toutefois, est en partie dû à l'idiosyncrasie du malade; car, tandis que la plupart des personnes peuvent prendre une quantité quelconque de ces aliments ou de ces remèdes sans inconvénients, d'autres voient survenir l'éruption après en avoir simplement goûté. Le docteur Tomson assure que l'urticaire peut être occasionnée chez un individu qui y est prédisposé par toute nourriture à laquelle il n'est pas habitué; et, à l'appui de son opinion, il en appelle aux expériences qu'il a faites sur lui-même dans le but de contrôler la vérité de son assertion.

3° L'irritation du canal alimentaire par des vers intestinaux, notam-

(1) De cette espèce est la maladie décrite par Jahn (« Jena'sche Annalen für Physiologie und Medicin », Band I, Hft 1), sous le nom de *Stachelbeerkrankheit* (maladie de la groseille). Elle affectait les enfants ou les adultes qui étaient employés à la récolte des groseilles, ou qui avaient été, pendant un certain temps, auprès des groseilliers. Ces individus furent atteints d'une violente démangeaison, et bientôt il survint une rougeur érythémateuse de la peau, accompagnée de la formation de papules. Cette éruption ne cessait que quand les malades avaient, pendant quelques jours, suspendu leur occupation. Le docteur Emmerich a découvert une espèce de mite, — le *Leptus autumnalis*, — dans les pointes jaunes.

On observe des éruptions analogues surtout pendant le printemps et l'été, chez les femmes et les enfants qui, durant leur séjour dans les jardins, sont touchés par des chenilles ou autres insectes, tels que le petit *Thrombydium Holosericeum* écarlate. Cette forme de l'urticaire ressemble beaucoup, vue à une certaine distance, à la rougeole, notamment quand la figure en est le siége.

ment l'*Oxyuris vermicularis*, le *Trichocephalus dispar*, et le *Tænia solium*.

4° Certaines modifications physiologiques (telles que la menstruation et la grossesse) dans les fonctions sexuelles des femmes; divers états pathologiques des organes de la génération, y compris des tumeurs de l'utérus; et enfin, les différents troubles du système génital (in der Genitalsphäre) qu'on a groupés sous le nom d'hystérie, et dans lesquels il est souvent impossible de découvrir une affection organique locale quelconque, soit durant la vie, soit après la mort. Il y a déjà plusieurs années que j'ai démontré (1) que certaines dermatoses (au nombre desquelles je rangeai l'urticaire) sont ainsi fréquemment associées avec quelque changement pathologique dans les organes génitaux de la femme; et cette observation a été tout récemment confirmée par Scanzoni.

On n'a pas encore découvert si la modification morbide de l'urticaire — l'infiltration de la peau — est due à quelque influence nerveuse, ou à une altération dans la composition du sang (eine besondere Blutmischung). Mais le cours ordinairement favorable de cette éruption, l'absence de complication du côté des organes internes et d'accidents consécutifs, la rapidité avec laquelle elle se développe, sans aucune tendance cependant à la formation d'abcès, — toutes ces circonstances sont contraires à la dernière hypothèse. On ignore entièrement les causes de la variété d'urticaire qui survient dans le cours de certaines maladies, telles que la fièvre intermittente et le rhumatisme aigu.

On a supposé que, au nombre des causes prédisposantes de l'urticaire, figurent certaines conditions barométriques, des saisons particulières de l'année (et, notamment, les périodes de transition entre l'hiver et le printemps, et entre l'automne et l'hiver), des changements dans la tension électrique de l'air (J. Frank, Fuchs), et, en dernier lieu, l'âge ou plutôt un certain âge de l'individu affecté. Mais, d'après des observations faites ici, ces circonstances n'ont pas l'influence qu'on leur a attribuée jusqu'à présent. Il est cependant positif que l'urticaire est plus commune lorsqu'il y a des épidémies d'érysipèles qu'à d'autres époques.

Cette dermatose ne se communique pas d'un individu à un autre. Le professeur Mayr a pratiqué des inoculations avec du sang obtenu

(1) « Ueber das Verhältniss eizelner Hautkrankheiten zu Vorgängen in den inneren Sexualorganen des Weibes », von Hebra; « Wochenblatt der Ztschrft. d. Ges. d. Aerzte », N. 40, 1855.

en piquant les élevures, mais ces expériences ont complétement échoué au point de vue de la transmissibilité de l'urticaire.

Traitement. — Les indications pour le traitement de cette maladie sont, premièrement, de faire disparaître ses causes; secondement, d'enlever l'infiltration cutanée; et, troisièmement, de faire cesser la démangeaison ou au moins de l'atténuer.

Dans la forme *aiguë* de l'urticaire, la cause a en général disparu avant que le malade vienne se faire soigner. On doit administrer un émétique ou un purgatif toutes les fois que le patient a mangé quelque aliment auquel il n'est pas habitué et s'il se plaint encore de nausées. Généralement parlant, toutefois, il suffira de conseiller de s'abstenir de nourriture et de s'en tenir à la méthode expectante. Les remèdes qui font *sortir* l'éruption sont nuisibles.

On reconnaît aisément la cause de la variété *récurrente* de l'urticaire, et il est également facile de la combattre. Ainsi, il faut éviter dorénavant toute espèce d'alimentation susceptible de la provoquer. Mais lorsqu'elle est le résultat de la grossesse, de l'aménorrhée ou de l'hystérie, il est difficile ou même impossible d'en supprimer la cause. En outre, il ne faut pas oublier que cette éruption peut être occasionnée par l'irritation que produisent les parasites animaux; et ses récidives fréquentes devront toujours suggérer la possibilité de leur présence. Il est également bon de se rappeler qu'on ne trouve pas seulement des punaises et des cousins chez les pauvres gens, mais parfois aussi chez des personnes d'un rang élevé.

Comme on ignore en grande partie les causes de l'urticaire *chronique*, le traitement se borne en général à l'emploi d'agents qui soulagent la démangeaison et tendent à calmer les sensations pénibles éprouvées par le malade. Dans ce but, il est essentiel de maintenir l'individu atteint d'urticaire à une température fraîche, en lui recommandant de porter des vêtements légers et de peu se couvrir pendant la nuit. Il doit s'éponger avec de l'eau froide; ou si l'éruption est circonscrite à certaines parties du corps, on prescrit des lotions froides. On peut encore ordonner des douches ou recommander au malade des bains de rivière ou de mer. Toutefois, l'urticaire chronique résiste souvent à tous ces moyens, et ne cesse que lorsque l'individu qui en est affecté a changé sa résidence et modifié son genre de vie.

Quand une maladie fébrile quelconque donne lieu à l'urticaire ou en est accompagnée, la seule modification que la présence de cette complication mérite d'apporter au traitement consiste dans l'abstention de tous remèdes échauffants et diaphorétiques.

Quelques médecins ont conseillé d'immerger tout le corps dans des bains auxquels on a ajouté du sel ordinaire, du bicarbonate de soude ou du carbonate de potasse. Ceci est complétement inutile. On a aussi proposé de s'éponger avec du vinaigre étendu d'eau ou avec une solution d'acide citrique dans l'espoir d'obtenir la guérison, ou au moins l'apaisement de la démangeaison. Il faut renouveler cette lotion toutes les fois que la sensation douloureuse revient, mais ses effets ne répondent que très-rarement à leur réputation. Duchesne-Duparc (1) recommande l'usage interne de la teinture d'aconit comme un spécifique contre la démangeaison. Il administre une dose quotidienne « variant de quelques gouttes à plusieurs grammes, selon l'âge et le tempérament du malade ». Toutefois, je n'ai jamais constaté aucun effet bien évident produit par ce médicament qui, comme l'arsenic et d'autres remèdes internes, s'est toujours trouvé impuissant dans le traitement de la forme chronique, récurrente de l'urticaire.

CHAPITRE XIII

DERMATITIDES PROPRES (2).

IVᵉ Classe (suite). — **Dermatoses exsudatives, aiguës, non contagieuses.**

A. — Dermatitis idiopathica (3).

1. Dermatitis traumatica.

Je comprends sous cette dénomination toutes les affections cutanées inflammatoires, causées par des agents dont les effets nuisibles sont *mécaniques*. Ce sont les lacérations des tissus de la peau suivies d'un état hypérémique du derme et d'exsudation dans la substance du tégu-

(1) « Traité pratique des Dermatoses ». Paris, 1859, p. 33. M. Duchesne-Duparc dit qu'il emploie la teinture alcoolique préparée avec les feuilles fraîches de l'aconit; mais il n'indique pas la force de sa préparation au sujet de laquelle Jourdan donne plusieurs formules très-différentes (« Pharm. univers., » 126). Il est à peine nécessaire de dire que la teinture de la pharmacopée anglaise ne devrait pas être donnée à la dose de « *plusieurs grammes* ». (*Note du traducteur anglais.*)

(2) Voyez page 146, *supra*.

(3) Il est évident que cette épithète est employée en ce cas (ainsi que dans d'autres

ment. A cette forme de dermatitis appartiennent donc les contusions (Beulen) et les tuméfactions inflammatoires (avec les diverses transformations par lesquelles elles passent) produites par une pression énergique sur la surface du corps, par un coup ou une chute graves, par un choc violent ou par écrasement. Il est, toutefois, presque impossible de donner une description générale de ces conditions morbides de la peau, car elles présentent des différences de forme, d'étendue et d'intensité suivant le degré de force employée et la vulnérabilité (Vulnerabilität) de l'individu. Je me contenterai, en conséquence, d'indiquer la place qu'il est convenable d'assigner dans mon système à ces formes de dermatitis.

2. Dermatitis venenata.

En traitant des variétés idiopathiques des érythèmes hypérémiques (1), j'ai eu occasion de parler d'un *erythema ab acribus, seu venenatum;* et j'ai alors fait mention de plusieurs substances qui, par leur action toxique, altèrent la constitution chimique de la peau (den Chemismus der Haut verändern), et sont, par conséquent, la cause de cette affection.

Or, quand le tégument est exposé seulement pendant peu de temps à l'action de ces substances, ou si son pouvoir de résistance est considérable, il se produit une simple hypérémie. Mais ces agents, ainsi que la plupart de ceux qui agissent chimiquement sur la peau, peuvent, dans d'autres circonstances, donner lieu à des affections d'un autre genre, consistant parfois en une simple dermatitis (accompagnée de rougeur, de tuméfaction et du développement de vésicules, de bulles ou d'élevures), d'autres fois en une gangrène sèche ou humide avec formation d'eschares noires, grises ou brunes, etc. Par exemple, le premier effet est produit par le *Rhus toxicodendron* et le *Mezereum,* et par le *Pulex penetrans;* le dernier, par des acides minéraux concentrés, la potasse caustique, l'arsenic et des préparations telles que la pâte de Vienne (2), ou les pâtes de Canquoin et de Landolfi.

Le traitement des modifications morbides auxquelles j'ai donné le

parties de cet ouvrage) dans un sens différent de celui dans lequel on l'emploie habituellement chez nous. Nous parlons d'une maladie (*e. g.* tétanos ou péritonite) comme étant *idiopathique,* quand elle n'est pas occasionnée par quelque cause excitante évidente, telle qu'une violence extérieure. Le professeur Hebra appelle *idiopathiques* les maladies qui ne sont pas *symptomatiques,* c'est-à-dire qui ne sont pas simplement des symptômes de quelque autre maladie générale, mais des affections essentielles et indépendantes. (*Note du traducteur anglais.*)

(1) Voyez page 53, *supra.*

(2) Voyez page 42, *supra.*

nom de *dermatitis venenata* et qui sont provoquées par ces substances ou d'autres semblables, doit être dirigé d'après les principes généraux que j'exposerai en parlant de la médication de l'inflammation de la peau en général, dans le chapitre de la *dermatitis calorica.*

3. Dermatitis calorica.

Sous ce nom, je décrirai non-seulement ces inflammations cutanées qui sont le résultat de la *chaleur*, mais encore celles qui sont produites par le *froid*. On les a appelées, en termes comparatifs, *brûlures* et *congélations* (Verbrennungen et Erfrierungen).

a. Dermatitis ambustionis (Combustio).

Les phénomènes que la chaleur détermine sur la peau varient suivant le *degré de la température* auquel elle est exposée, la *nature du corps* conducteur, l'*étendue de la surface* atteinte, et la constitution de l'individu. En général, on trouve qu'une élévation quelconque de la température du corps au-dessus de l'état normal (100° Fahr. 37 c.) détermine une hypérémie des vaisseaux cutanés et une coloration rouge de la peau. En d'autres termes, il survient un érythème (l'*erythema caloricum*) (1) dont la gravité et la durée sont proportionnées à l'intensité de la chaleur. Si, une fois la température a dépassé (145° Fahr. 62°, c. 77), l'érythème ne disparaît plus lorsque l'action de la chaleur cesse ; il s'efface seulement au bout de quelques jours après la desquamation de la portion d'épiderme directement atteinte par le calorique. D'un autre côté, quand la température atteint 212° Fahr. (100° c.), le point d'ébullition de l'eau, ou s'élève encore plus haut, l'épiderme est détruit et le derme mis à nu ; tandis que sur d'autres points, une exsudation inflammatoire se produit rapidement au-dessous de l'épiderme et forme des bulles ; ou, même, si l'action de la chaleur continue à s'exercer, les tissus se carbonisent, et il en résulte des eschares jaunes, brunes ou noires.

Ainsi donc, on peut considérer les phénomènes qui surviennent à la peau sous trois chefs, ou comme représentant trois degrés d'intensité.

1er degré. — Dermatitis ambustionis erythematosa (Brûlure, Rayer).

Les symptômes de ce premier degré, la forme la plus bénigne de brûlure, sont limités aux parties affectées par la chaleur ; ils consis-

(1) Voyez page 52, *supra*.

tent en une rougeur de la surface d'intensité variable, mais disparaissant sous la pression du doigt, en une tuméfaction plus ou moins considérable, et en une douleur persistante.

La marche de cette affection ne diffère nullement de celle des formes ordinaires de dermatitis dues à quelque autre cause. Le premier changement est la disparition, par absorption, de l'infiltration séreuse qui occupait la peau et donnait lieu à la tuméfaction. En ce point, l'épiderme devient le siége d'une pigmentation plus ou moins prononcée, et il paraît divisé par de nombreuses petites crevasses et fissures, de manière à former des écailles ténues. Elles restent, toutefois, adhérentes pendant quelque temps, jusqu'à ce qu'elles soient rejetées par la sécrétion de l'épiderme sain qui continue à se faire au-dessous. Le processus morbide tout entier se termine alors sans autre modification ultérieure dans l'épiderme ou dans la peau, et sans laisser après lui aucune trace de son existence.

Ces effets peuvent être produits même par l'éclat d'un soleil intense, si son action se prolonge pendant quelque temps. On l'observe, toutefois, notamment chez les personnes qui s'exposent rarement aux rayons directs du soleil, ou qui ont la peau très-impressionnable à l'influence de la chaleur. Mais l'action du calorique rayonnant, émanant d'un corps à une température très-élevée, et maintenu pendant un temps considérable, provoquerait sans aucun doute des phénomènes analogues chez tout individu.

IIe DEGRÉ. — Dermatitis ambustionis bullosa (Brûlure vésiculeuse et bulleuse, Rayer).

Le phénomène caractéristique des brûlures de ce degré est la formation de *vésicules* ou *bulles*, l'épiderme étant soulevé par l'exsudation séreuse qui s'est accumulée au-dessous de lui. Dans certains cas, cependant, lorsque l'exsudation est très-considérable ou lorsque l'action comburante est très-rapide — ou, encore, quand l'épiderme n'offre pas assez de résistance pour retenir le liquide sécrété — les bulles se déchirent rapidement et laissent échapper leur contenu.

Dans ces circonstances, on n'aperçoit ni les bulles ni les vésicules ; mais l'épiderme, arraché de la peau sous-jacente, se présente, soit comme une couche blanche pulpeuse, soit comme une membrane molle et blanchâtre, roulée et couchée sur la surface cutanée qui est alors d'une rougeur intense, et offre de nombreux points sanguins produits par hémorrhagie.

Le degré de tuméfaction et de douleur dans cette forme de brûlure

dépend en partie de l'étendue de la surface affectée, en partie de son siége anatomique.

Voici quelles sont les modifications qui se manifestent successivement, dans les brûlures du second degré : — Les débris épidermiques se convertissent d'abord en croûtes minces, d'une coloration jaune-paille ou brunâtre. La peau étant privée de son épiderme, et, comme on l'a vu, infiltrée de sang, continue à sécréter une légère exsudation séreuse qui recouvre sa surface. Dans ce liquide, des cellules de pus se développent graduellement, et toute la région dénudée se couvre à la longue d'une couche puriforme offrant une certaine cohésion d'une teinte jaune-paille. Si l'on permet l'accès de l'air, elle se dessèche sous forme d'une croûte jaune pâle ou même brun foncé, à l'abri de laquelle l'épiderme sain se reproduit dans l'espace d'une quinzaine de jours ou d'un mois, le temps nécessaire à sa formation variant selon la gravité de la brûlure. Ensuite, la croûte constituée par la dessiccation du pus se détache. Le nouvel épiderme qui apparaît alors est mince et délicat, de sorte qu'on voit au-dessous la surface rouge de la peau. Même après ces changements accomplis, il survient parfois une inflammation secondaire et il se forme de nouvelles bulles dont la base est le siége d'une hémorrhagie.

Après des brûlures de cette espèce, il peut n'y avoir aucune cicatrice ; si l'on en observe, elles sont plates, et recouvertes d'une quantité considérable de petites fossettes (Grübchen).

Les brûlures du second degré sont produites par des liquides bouillants, par l'action passagère de la flamme, par le contact de corps excessivement chauffés (notamment s'ils sont bons conducteurs), et même quelquefois par l'exposition à une chaleur rayonnante, si elle est très-élevée, et si son action se continue pendant longtemps.

L'organisme est, en général, affecté sympathiquement dans ces cas, car il y a de la fièvre dont l'intensité varie avec l'étendue de la brûlure.

IIIe DEGRÉ. — Dermatitis ambustionis escharotica (Brûlure gangréneuse, Rayer).

Le phénomène caractéristique des brûlures du troisième degré est la formation d'*eschares*, d'une teinte gris cendré, jaune, brune ou noire ; plus ou moins sèches, dures, très-adhérentes et non douloureuses. Ces eschares se produisent immédiatement après la lésion faite à la peau. En même temps, d'autres points de la surface présentent ordinairement les modifications que j'ai décrites ci-dessus, comme appartenant aux variétés les moins graves des brûlures.

Il est impossible, d'après la forme, la couleur et l'épaisseur des eschares, de déterminer, immédiatement après l'accident, jusqu'à quel point les parties sous-jacentes ont été lésées, ainsi que les tissus cutanés eux-mêmes; car l'aspect extérieur des eschares est presque le même quand les muscles et même les os ont été détruits, que lorsque la peau seule a été attaquée.

Quant au diagnostic des cas médico-légaux, on demande quelque caractère pour discerner la plus grave espèce de brûlure, et il est à désirer qu'on puisse, tout de suite après l'accident, être à même de déterminer la présence ou l'absence de ce caractère. Aussi je suis d'avis que, dans la pratique, les trois degrés que j'ai décrits sont suffisants, et qu'il faut ranger parmi les brûlures du troisième degré ces formes dont Dupuytren et autres ont parlé comme de brûlures des quatrième, cinquième et sixième degrés.

Les eschares produites par la brûlure et la carbonisation des tissus présentent une épaisseur variable, suivant l'intensité de la chaleur et la profondeur à laquelle l'action destructive s'est étendue, et plus leur épaisseur est considérable, plus il faut de temps pour qu'elles soient complétement éliminées des tissus sains, par la suppuration qui a lieu autour d'elles. Peu de jours après l'accident, on voit un liséré jaune purulent sur le rebord de l'eschare, s'étendant peu à peu plus profondément vers sa base, et formant une ligne de démarcation entre les parties carbonisées et celles qui sont encore saines. Quand ce phénomène s'est produit sur tous les points, l'eschare tombe, laissant une perte de substance plus ou moins grande, c'est-à-dire une plaie qui est en général de bonne nature et suppurant, et est recouverte de granulations excessivement sensibles. La perte de substance se répare par le procédé habituel, et, comme la peau environnante se contracte considérablement, il se forme une cicatrice élevée, semblable à une corde ou rayonnée qui a plus ou moins d'épaisseur et occasionne souvent, par suite d'adhérences et de contractures, des difformités très-accusées.

Les symptômes généraux produits par des brûlures du troisième degré surviennent, pour la plupart, non immédiatement après l'accident, mais ultérieurement; de sorte que le danger que court le malade n'est pas tout d'abord perçu par ceux qui n'ont qu'une expérience restreinte de tels cas. Ce n'est souvent que lorsque les eschares sont complétement détachées, et quand la suppuration avance, que les symptômes fébriles se déclarent ou que l'affection devient sérieuse et même dangereuse.

Le résultat fatal dans les cas de brûlures est parfois dû à un état d'épuisement provoqué lui-même par l'action intense sur le système nerveux en général, qui se traduit par la présence d'une douleur très-vive ou même par l'apparition de convulsions. Dans d'autres circonstances, la mort dépend de l'absorption dans le sang de pus corrompu ou décomposé. Quand il en est ainsi, il survient ordinairement de violents frissons et il se forme des dépôts métastatiques dans les organes internes donnant lieu pour la plupart à la pneumonie lobulaire ou à la gangrène pulmonaire. Il peut encore en résulter une affection viscérale : ainsi Rokitansky et d'autres anatomo-pathologistes ont observé une hémorrhagie intestinale après des brûlures.

Une chaleur très-forte peut seule produire des brûlures du degré le plus élevé, comme, par exemple, lorsque la peau est exposée pendant un certain temps à l'action de la flamme, ou lorsque les tissus se trouvent en contact avec du fer ou d'autres corps chauffés au rouge, ou encore lorsque les vêtements ont pris feu.

Pronostic. — Dans les brûlures du premier et du second degré on peut, en général, porter un pronostic favorable, excepté toutefois lorsqu'une brûlure du second degré occupe une grande étendue, comme, par exemple, lorsque toute la surface du corps est *échaudée.*

Les brûlures du troisième degré, lors même qu'elles n'ont que peu d'étendue, sont toujours des lésions dangereuses. D'après le plus grand nombre des observateurs, elles se terminent invariablement d'une manière fatale quand plus d'un tiers de la surface cutanée est atteinte. Par rapport au pronostic, il est aussi de la plus haute importance de considérer jusqu'à quelle profondeur les tissus ont été détruits, quelle est la partie affectée et quelle est l'*individualité* du malade : notamment son âge, son sexe, sa constitution physique, et quelles sont les maladies antérieures dont il a souffert.

Traitement. — Le traitement des brûlures varie, en premier lieu, suivant la gravité de la lésion. Dans les cas où l'épiderme est intact, et le derme simplement hypérémié, ou le siége d'infiltration hémorrhagique, ou même d'effusion séreuse dans sa substance, tout traitement est superflu, excepté ce qui est nécessaire pour soulager la douleur ou diminuer l'engorgement des vaisseaux sanguins cutanés. Ainsi, on peut appliquer des compresses trempées dans l'eau froide ou tout autre mauvais conducteur du calorique, tels que les remèdes populaires bien connus, des pommes de terre ou des carottes écrasées, de l'argile. Quelques-unes des substances que l'on emploie habituellement, comme

la ouate de coton et la colle forte d'ébéniste, agissent sans doute uniquement par l'effet de l'imagination.

Dans les brûlures du second degré, où la peau est privée sur certains points de son enveloppe épidermique, la principale indication est de mettre ces parties à l'abri du contact de l'air, de manière à favoriser son rétablissement par les processus naturels, et à diminuer les sensations douloureuses communiquées par les nerfs cutanés. Aussi faut-il autant que possible conserver intactes les bulles, ou, s'il devient nécessaire d'évacuer leur contenu, on pratique une petite piqûre à la partie inférieure de chacune d'elles, en ayant soin que son sommet se trouve ensuite en contact avec sa base. Les applications qui conviennent le mieux dans ce cas sont les liquides huileux ou mucilagineux (tels que le collodion et la glycérine), ou le liniment ordinaire composé de parties égales d'huile de graine de lin et d'eau de chaux, ou d'huile d'olive et de jaune d'œuf. Ces remèdes locaux suffisent dans la plupart des cas. On peut appliquer sur les parties lésées, soit le liquide lui-même, soit des compresses qui en ont préalablement été imbibées ; on emploie aussi, dans quelques circonstances, des linges mouillés froids.

Il est bon, toutefois, d'adopter un autre traitement lorsque les brûlures existent dans certaines régions (telles que les plis opposés aux jointures des doigts et des orteils et généralement les surfaces qui sont dans les sens de la flexion des articulations), où l'on a raison de craindre l'adhérence des parties opposées, durant le processus de cicatrisation. Dans ces circonstances, on peut avoir recours avec grand avantage au nitrate d'argent. Il doit être employé, soit *en crayon*, en touchant les surfaces dénudées de la peau une ou deux fois par jour, soit en solution (contenant parties égales de nitrate d'argent et d'eau distillée) dans laquelle on trempe des plumasseaux de charpie qu'on place alors sur les points privés de leur épiderme. On enlève les eschares noires ainsi produites aussitôt qu'on peut les détacher des tissus sous-jacents, et l'on réapplique immédiatement le caustique de manière à former de nouvelles eschares. On renouvelle ce pansement à plusieurs reprises jusqu'à ce que les eschares produites par l'application du nitrate d'argent adhèrent si intimement qu'il soit difficile ou même impossible de les enlever (1).

Une brûlure du second degré, traitée par cette méthode, guérit en général très-rapidement; elle n'est pas suivie de cicatrices proémi-

(1) L'école lyonnaise rapporte à Gensoul (qui le fit connaître dès 1832), la découverte de ce moyen préservatif dont le professeur Hebra détaille si pratiquement le mode le plus efficace d'application. (A. D.)

nentes et ne détermine pas des adhérences des doigts et des orteils ou des surfaces opposées des jointures, comme on aurait raison de le craindre, si l'on en dirigeait différemment la cicatrisation.

Les préparations de plomb (comme l'eau de Goulard, la *liquor plumbi subacetatis*, ou l'*ung. plumbi carbonatis*) pourront également être appliquées avec succès dans ces cas. Autant que mon expérience peut me le permettre, je crois que les craintes exprimées par quelques personnes sur la possibilité de l'absorption du plomb et sur l'éventualité de symptômes d'empoisonnement causés ainsi par ce métal, ces craintes, dis-je, n'ont aucun fondement.

Les eschares produites par des brûlures du troisième *degré* peuvent être très-épaisses quand les tissus ont été détruits dans une grande profondeur, et leur élimination demande, en conséquence, beaucoup de temps, qu'aucun mode de traitement ne peut abréger. Durant cette période, il faut se borner aux seules applications locales qui peuvent soulager la douleur éprouvée par le malade. Dans ce but, on emploie parfois des linges mouillés froids, d'autres fois des fomentations chaudes, le point essentiel étant de maintenir humides les parties lésées. Les divers onguents et emplâtres sont évidemment inutiles et même nuisibles; car leur application s'opposerait plutôt à l'élimination des eschares, tandis qu'en même temps elle favoriserait la rétention du pus et des sécrétions morbides. L'emploi des caustiques est également peu opportun, car il détermine une souffrance inutile sans amener aucune amélioration dans la maladie.

L'usage des irrigations continues, d'un autre côté, a une grande importance toutes les fois que le siége de la brûlure permet d'y avoir recours. Elles offrent un double avantage : elles empêchent dans une certaine mesure l'accès de l'air; elles détergent aussi la surface dénudée et diminuent la souffrance du malade. Dans des brûlures limitées à une partie quelconque d'un membre, on peut employer ce mode de traitement à l'aide d'un appareil d'une forme très-simple. Il suffit de se procurer un seau rempli d'eau ayant un syphon muni d'un robinet et à l'extrémité duquel se trouve attaché un tube flexible dont l'extrémité renflée est placée immédiatement au-dessus de la partie affectée. Quand on ouvre légèrement le robinet, l'eau qui s'écoule par le tube tombe sur la surface malade, qu'elle arrose goutte à goutte (1) et se rend ensuite dans un récipient placé au-dessous.

(1) N'oublions pas le linge qui doit être maintenu couvrant la partie sur laquelle tombe l'eau, de manière à prévenir l'effet désagréable que produirait, quelque faible qu'il fût, le choc continu d'un jet. (A. D.)

Pour pouvoir être à même de me servir de ce même moyen dans des brûlures occupant une étendue plus considérable, j'ai fait construire un appareil spécial. Il consiste en une baignoire de bois, doublée de cuivre ou de zinc, ayant 1 mètre 80 centimètres de longueur sur 90 centimètres de largeur. A l'intérieur et s'ajustant parfaitement, se trouve un cadre de fer auquel sont attachées des sangles transversales, comme dans un lit ordinaire. A environ 60 centimètres d'une des extrémités de ce cadre est attaché un support pour la tête, qui se meut sur une charnière et peut être fixé à un angle quelconque au moyen d'une simple crémaillère. Le cadre est recouvert d'une couverture de laine, et est également pourvu d'un oreiller de crin ; il ne repose pas sur des supports immobiles, mais il est suspendu dans le bain par des cordes qui sont attachées à chaque extrémité. Ces courroies passent sur deux petits rouleaux situés l'un à la tête, l'autre au pied de l'appareil, et sont munis d'anses, de sorte que le lit tout entier peut être facilement soulevé ou abaissé dans le bain. A la tête du bain, mais sur un plan plus élevé, est un vase de cuivre qu'on peut chauffer de manière à avoir à sa disposition de l'eau à la température désirée. Le tuyau par lequel elle arrive a son ouverture au fond de la baignoire, celui de sortie au niveau de l'eau.

Lorsqu'on se sert de l'appareil, on fait passer un courant continu d'eau, de façon que toutes les impuretés soient rapidement enlevées. Dans le but de pouvoir mouiller continuellement, ou irriguer spécialement la figure, on met de petits tuyaux additionnels, munis chacun d'une pomme d'arrosoir, en communication avec le vase de cuivre. On peut également se servir de tubes pour l'irrigation d'une partie quelconque du corps, dans ce cas on soulève le malade au-dessus du niveau de l'eau du bain.

Avant de placer le patient dans la baignoire on la remplit d'eau chaude, à une température de 90° Fahr. (32° c.) à 100° Fahr. (38° c.), suivant son désir. Du reste, l'eau est complétement renouvelée chaque jour.

Un couvercle de bois sur lequel est étendue une couverture, est placé sur la partie inférieure de l'appareil pendant que le malade est dans le bain. S'il désire que la tête soit aussi couverte, on peut le faire facilement en disposant une espèce de toit à la partie supérieure de la baignoire à l'aide de cerceaux, sur lesquels on place des couvertures de laine.

Il est évident que l'emploi de ce moyen exige une attention continuelle. On pourrait appréhender que le malade ne fût exposé à se

noyer pendant son sommeil; mais je ne pense pas que la chose soit possible; je n'ai jamais rien vu survenir dans le cours des expériences que j'ai faites jusqu'à ce jour qui puisse suggérer la plus légère crainte d'un tel événement.

J'ai déjà, dans le chapitre de la Variole (1), fait brièvement allusion à cet appareil dont je me suis servi dans les affections chroniques de la peau (telles que psoriasis et pemphigus), ainsi que dans la petite vérole et les brûlures. J'ai constaté par expérience que des personnes peuvent rester pendant cent jours consécutifs, nuit et jour, dans un bain chaud, sans inconvénients pour leur santé. Des observations exactes, recueillies heure par heure, démontrent que ni le pouls, ni la respiration, ni la température du corps ne subissent de changements marqués dans l'organisme des individus restant constamment dans un bain. Il n'est pas survenu d'inappétence et les malades ont continué à bien dormir. La quantité d'urine sécrétée a, toutefois, beaucoup diminué.

Jusqu'à présent (2) je n'ai employé cette méthode de traitement que dans trois cas, et c'est encore un nombre trop insuffisant pour que je puisse tirer des conclusions sur sa valeur. Je me bornerai donc à indiquer les principes sur lesquels repose son application, et je renvoie mes lecteurs à un ouvrage spécial qui paraîtra ultérieurement. Je pense que l'emploi du bain continu donnera du moins des résultats aussi favorables que les autres modes de traitement usités jusqu'à ce jour dans un but analogue.

Ces derniers ont consisté, soit dans l'application de substances absorbantes, telles que le charbon de bois pulvérisé, pour détruire les matières gangréneuses et les empêcher de rester en contact avec la surface de la plaie, soit dans l'emploi d'agents considérés comme antiseptiques, tels que l'eau vulnéraire, le vinaigre, l'acide pyroligneux ou la créosote. Les traités de chirurgie font un grand éloge de ces topiques, éloge qui malheureusement n'est pas confirmé par l'expérience.

(1) Voyez page 265, *supra*.

(2) Le professeur Hebra, dans une lettre adressée au traducteur anglais, M. le docteur Hilton Fagge, dit que dans le but de favoriser l'action locale du goudron ou d'autres applications, il fait encore usage du bain prolongé contre diverses affections cutanées, laissant le malade dans l'eau chaude pendant plusieurs heures et même plus longtemps. Dans des brûlures graves, quoique ce moyen ne sauve pas la vie du malade, il soulage toujours les souffrances. On a établi quatre de ces baignoires dans l'Hôpital-Général de Vienne.

La description détaillée du bain continu dans le texte est tiré de la relation qu'en a donnée le professeur Hebra, envoyée avec un spécimen de l'appareil, placé dans l'exposition internationale de 1862. Sa description complète, à laquelle est joint un dessin se trouvent dans le « Wiener Allgemeine med. Zeitung », n° 43, 1861.

(*Note du traducteur anglais.*)

D'autres parties du traitement, comme l'enlèvement des tissus dont la vitalité est déjà détruite, dans l'exposé desquelles il m'est impossible d'entrer ici, sont du domaine de la chirurgie ; et je crois également inutile de décrire d'une manière complète la médication des symptômes fébriles, des maladies métastatiques et de toutes les autres complications qui peuvent survenir à la suite de brûlures.

b. Dermatitis congelationis.

Dans les inflammations de la peau produites par l'action du froid, on peut reconnaître des degrés qui correspondent exactement à ceux qu'on observe dans les brûlures. Car la peau, dans les congélations, est parfois simplement rouge et tuméfiée, tandis que, dans d'autres circonstances, il survient des vésicules et des bulles ; et dans une troisième classe de cas, l'épiderme est détruit, et l'on voit des excoriations ou même des eschares.

La marche lente de ces lésions constitue, toutefois, un caractère essentiel qui permet de les distinguer des affections inflammatoires de la peau occasionnées par l'action de la chaleur. Car les brûlures — du moins les formes les plus légères — guérissent très-vite, l'état sain se prononce immédiatement, excepté quand il reste des portions de l'épiderme qui a été détruit. Seulement dans les congélations, il faut se préoccuper de l'inflammation et de ses résultats, longtemps après que le froid a cessé d'agir.

Les affections que j'étudie actuellement se caractérisent encore par ce fait qu'une certaine disposition morbide de la part du malade est une condition nécessaire de leur apparition. Car l'expérience démontre que lorsque plusieurs personnes sont exposées en même temps et de la même manière à l'action du froid, quelques-unes d'entre elles souffrent de ses effets, les autres y échappant entièrement.

En outre, on remarque que chez certains individus un froid très-intense est nécessaire pour la formation des engelures (Frostbeulen) sur les régions du corps exposées à son influence. En effet, même une température qui n'est pas inférieure à 32° Fahr. (0° c.) peut déterminer chez les jeunes sujets la rougeur et la tuméfaction des mains et des pieds, c'est-à-dire, les apparences de *congélation*. Ce phénomène survient notamment dans les pays chauds, où les engelures sont, comme on le sait, bien plus fréquentes que dans les contrées froides; ce qui est dû à ce que les aménagements pour le chauffage des apppartements sont, en général, défectueux dans les climats chauds, et les chambres elles-mêmes mal disposées pour les temps froids. En outre, dans ces

pays, les engelures affectent souvent les personnes riches, ne se bornant point à celles qui, appartenant à la classe ouvrière sont, en conséquence, exposées à un froid rigoureux.

Maintenant, l'observation des faits indique que les personnes, du sexe masculin ou féminin qui sont spécialement sujettes à ces affections présentent une constitution particulière et se trouvent toutes dans un même état de santé. La peau, chez ces individus, est d'une teinte pâle, et souvent infiltrée de sérosité, de sorte que la figure a un aspect bouffi (gedunsen). Si le malade est une jeune fille, elle est plus ou moins chlorotique; tandis que les garçons ont ce qu'on appelle une constitution lymphatique et des fibres musculaires lâches. Aussi, il est évident qu'on doit considérer comme cause prédisposante des engelures chez les deux sexes le même état, savoir, l'*oligémie*, ou (plus exactement) l'*aglobulie*, état qui est, en outre, d'après mon expérience, associé à une tendance spéciale aux formes diverses des dermatoses. L'exactitude de cette assertion est prouvée d'une manière incontestable par cette circonstance, que la prédisposition aux engelures disparaît lorsque la constitution physique de ces personnes se trouve modifiée.

Ainsi, des jeunes filles chlorotiques, qui en étaient toujours atteintes pendant l'automne, lorsque la température n'était pas descendue au-dessous de 43° Fahr. (6° c.), n'en souffrent plus, même l'hiver, depuis que leur anémie a disparu, soit par l'administration de remèdes, soit par quelque changement dans leur genre de vie, tels que le mariage ou une grossesse.

1er DEGRÉ. — Dermatitis congelationis erythematosa, Pernio (Engelure, Frostbeule).

C'est une maladie de certaines parties circonscrites de la peau, qui prennent une couleur rouge livide et un aspect en quelque sorte tuberculeux (knotenartig); la coloration disparaît sous la pression du doigt. Les engelures s'accompagnent de démangeaison, ou d'une douleur brûlante; elles surviennent principalement sur les doigts et les orteils, mais elles peuvent se produire aussi sur les oreilles, le nez ou d'autres parties de la face, ou, même, sur une région quelconque du corps qui a été exposée à un froid d'une certaine intensité. Lorsque la température s'élève, et notamment quand la partie est exposée à l'action de la chaleur, ces symptômes ne subissent parfois aucun changement, d'autres fois, ils s'accentuent encore davantage.

Dans ces circonstances, la couleur des régions affectées se modifie; de rouge-bleuâtre foncée elle devient rouge rose claire.

A part ces légères variations, les engelures restent pendant longtemps stationnaires. Elles peuvent, il est vrai, s'aggraver à certaines périodes ; aggravation qui survient le plus ordinairement dans la saison froide de l'année, quoiqu'on l'observe, cependant, quelquefois même pendant l'été ; mais dans ce cas, le seul changement qui ait lieu consiste dans une augmentation de la rougeur et de la tuméfaction, et ne porte nullement sur les caractères essentiels de la maladie.

Dans certaines circonstances, toutefois, les engelures subissent une métamorphose.

Ainsi, elles deviennent plus dures que de coutume (an Consistenz zunehmen). D'autres fois, la peau de la région atteinte devient extrêmement vasculaire ; de sorte qu'elle présente une coloration livide très-foncée. En même temps, le derme est plus dense qu'auparavant, et l'épiderme est également le siége de modifications : il est mince, uni et satiné, traversé par des sillons peu distincts, et offre des nuances diverses de couleur (schillernd).

Quelquefois, encore, la métamorphose est d'une autre nature. Sous l'influence de certaines conditions mécaniques (telles que la friction, le grattement, la pression des bottes ou des souliers), des changements se produisent dans les matières exsudées, et il s'épanche sous l'épiderme, un liquide séro-sanguin ou purulent de manière à constituer une bulle ou une pustule. Ces bulles ou pustules sont accompagnées de douleur qui augmente quand elles se déchirent, exposant alors à l'air le stratum papillaire du derme. Cette variété de la maladie est l'engelure suppurante (*Pernio suppurans*, Frostgeschwüre).

Ces changements amènent assez souvent la guérison de la maladie. Car peu de temps après que la partie exsudante est mise à découvert (Schmelzung), la surface ulcérée guérit et il se forme une cicatrice, de sorte que ce point ne peut que difficilement devenir ensuite le siége d'une hypérémie nouvelle.

IIe DEGRÉ. — **Dermatitis congelationis bullosa.**

Sous l'influence d'un froid plus intense, on voit souvent se développer des bulles dont la grosseur varie depuis celle d'une noisette, jusqu'à celle d'un œuf d'oie. Le liquide qu'elles contiennent peut être aqueux et transparent ou séro-sanguin. Si on ne les perce pas, elles restent pendant quelque temps sans subir aucune modification, mais à la fin, quand elles se rompent, on trouve les tissus sous-jacents détruits à une plus ou moins grande profondeur. En effet, lorsque ces bulles

apparaissent sur les pieds et les mains (leur siége de prédilection) les os sont souvent mis à nu, les parties molles intermédiaires et la peau ayant été entièrement détruites. Les pertes de substance ainsi produites sont quelquefois considérables; des phalanges entières s'exfolient, leurs ligaments et tendons ayant été auparavant réduits à l'état d'eschares.

Dans des cas moins graves, cependant, la destruction qui résulte de ce processus ulcératif n'est pas aussi considérable; et la cicatrisation a lieu. Mais même alors, il reste toujours des cicatrices qui entravent dans une certaine mesure le fonctionnement de la partie.

Il n'est nullement nécessaire que la région ait été exposée pendant longtemps à l'action d'un froid rigoureux pour la production d'effets semblables à ceux que je viens de décrire. Ils peuvent, au contraire, survenir dans l'espace de quelques heures, notamment sur les mains et les pieds. On les observe le plus souvent chez des individus qui ont parcouru de longues distances sur des charrettes, pendant un temps très-froid, les pieds n'étant point suffisamment recouverts, ou qui ont été occupés à déblayer la neige ou à casser la glace.

III[e] DEGRÉ. — *Dermatitis congelationis escharotica.*

Les affections qui sont comprises dans ce chapitre présentent divers caractères. Dans quelques cas, il se forme des bulles remplies d'une sérosité sanguinolente, au-dessous de laquelle on aperçoit, dès le début, des taches gangréneuses d'une teinte noire ou noir rougeâtre.

Dans d'autres circonstances, des eschares se développent immédiatement sans être précédées de ces bulles; et elles détruisent les parties molles à une profondeur plus ou moins grande, et même les os. Les points qui ont subi ces changements sont froids et complétement insensibles, et le malade ne ressent aucune douleur, pas même sur les bords des taches gangréneuses, où ils se trouvent en contact avec les tissus sains. En effet, quand les extrémités des doigts et des orteils sont frappées de cette forme de gangrène, le malade peut marcher comme de coutume pendant un temps assez considérable. Les eschares, dans ces cas, se détachent et tombent très-lentement; il s'écoule souvent des mois entiers avant qu'elles soient entièrement séparées des tissus sains et tout à fait détachées du corps. En outre, il est à remarquer que l'élimination effectuée par le processus naturel est en général très-incomplète et irrégulière, et que le plus souvent il faut enlever à l'aide d'une opération chirurgicale certaines parties (telles que les pha-

langes des doigts ou des orteils), qui sont un obstacle à la cicatrisation des plaies.

Quand la gangrène reste limitée aux régions directement attaquées par le froid, et quand aucun des éléments constitutifs des tissus morts ne sont absorbés de manière à passer dans la circulation, la maladie peut parcourir son évolution entière sans déterminer aucun trouble dans l'ensemble de la santé. Mais lorsque le sang est contaminé par des matières morbides, par suite de l'absorption du liquide gangréneux ou du pus sécrété pendant la marche des processus de réparation, les symptômes bien connus de la pyohémie surviennent, et dans ces conditions il peut même arriver que le cas se termine d'une manière fatale.

Traitement. — Lorsqu'on étudie le traitement que réclament les engelures et les congélations, il ne faut pas oublier que, du moins dans leurs formes les plus légères, la grande difficulté pratique consiste à éloigner les obstacles qui empêchent la guérison de l'affection. En fait, des malades demandent qu'on les débarrasse de leurs maux sans être forcés de renoncer aux occupations qui en ont favorisé la production, ou d'éviter la cause excitante, quelle qu'elle soit, qui leur a donné naissance. Ainsi, une personne qui travaille au grand air et est, en conséquence, tourmentée par des engelures aux mains, réclame de son médecin un remède, mais reste dehors tout autant qu'avant; et de plus, quand le traitement qui a été recommandé ne donne pas les bons résultats que le médecin et le malade en espéraient, ce dernier attribue l'insuccès à l'inefficacité des médicaments et non à ce que la cause de la maladie a pu s'exercer encore.

Cette remarque s'applique également à ces états inhérents à l'organisme lui-même, dont j'ai déjà eu occasion de parler comme prédisposant à ces affections. Il est impossible, sans doute, de faire cesser immédiatement ces conditions; mais jusqu'à ce qu'il en ait été ainsi, le sujet restera exposé aux maladies qui tiennent à leur action. Il est nécessaire de prendre ces réflexions en considération avant de porter un pronostic et de formuler une médication pour de tels cas.

Si l'on a à traiter une engelure simple de date récente, affectant un individu d'ailleurs en bonne santé, les antiphlogistiques les plus légers suffiront à soulager ou à guérir la dermatitis, pourvu seulement que le malade puisse et veuille, pendant qu'il est en traitement, éviter d'exposer de nouveau la région au froid. La position horizontale, l'application de compresses mouillées, l'emploi de frictions avec de l'eau froide ou de la neige, sont des remèdes connus et dont l'expérience a

sanctionné la valeur; des centaines de personnes atteintes d'engelures sont guéries tous les ans par ces simples moyens. Je regarde comme bien plus sage d'avoir recours à une médication de ce genre que de prescrire des sangsues, des vessies remplies de glace, des lotions de sel ammoniaque ou d'autres *agents antiphlogistiques* plus énergiques, comme on les appelle. Car il sera difficile de prouver que l'application d'une sangsue puisse enlever le sang d'une région qui est hypérémiée ou enflammée, sans que la même quantité arrive immédiatement des tissus adjacents dans les vaisseaux dilatés de cette même partie. Je serais plus disposé à conseiller les scarifications, pourvu que les incisions soient assez profondes, car par cette méthode on détruit au moins quelques-uns des vaisseaux sanguins qui se rendent au point malade, et, par conséquent, on y diminue la tension. Quant à la question de savoir si des lotions contenant du sel ammoniaque, des préparations de plomb, d'alun ou d'autres astringents, présentent quelque avantage réel sur de simples lotions à l'eau froide, cela reste encore à prouver. Je n'admets pas, pour moi, que de telles applications exercent une influence salutaire, et, en conséquence, je me borne toujours, dans le début, à l'emploi de linges mouillés, et j'en continue l'usage aussi longtemps qu'ils sont agréables au malade, et jusqu'à ce que je trouve que les symptômes de congestion, — la rougeur de la surface, l'élévation de la température et la perversion de la sensibilité de la peau, — aient disparu.

Quand des engelures existent déjà depuis longtemps ou ont éprouvé une rechute, notre but est non-seulement de débarrasser la région du sang dont elle se trouve surchargée, mais aussi de faire cesser la distension permanente des vaisseaux ou même de provoquer la dissolution ou la dissociation de l'exsudation inflammatoire et sa résorption. Pour atteindre ce but, le traitement antiphlogistique décrit ci-dessus est rarement suffisant, et il faut bien plutôt avoir recours à des applications locales légèrement stimulantes et susceptibles de favoriser l'absorption. L'expérience nous a fourni une quantité considérable de ces remèdes; et dans certains cas, si elles ne font pas entièrement disparaître la maladie, ces substances procurent au patient une diminution notable des sensations douloureuses qu'il éprouve et notamment de la démangeaison. Dans ce nombre, je comprends les acides végétaux et minéraux (tels que l'acide pyroligneux, l'acide nitrique ou hydrochlorique étendu d'eau et le jus de citron), la créosote, le chlorure de chaux (Chlorkalk), la chaux caustique (Aetzkalk), la teinture d'iode, le collodion, le camphre, etc.

Divers remèdes populaires sont employés pour la guérison des engelures anciennes. De ce nombre sont la colle forte d'ébéniste, le miel, et ce qu'on désigne sous le nom de bains animaux (1) (animalische Bäder), comprenant les bains de guano. Que ces applications possèdent une valeur thérapeutique quelconque, je ne saurais ni l'affirmer ni le contester.

On obtient, toutefois, un réel soulagement de l'emploi de la *pression* dans les engelures des doigts ou des orteils, ou dans celles qui siégent sur tout autre point du corps permettant l'application de ce moyen.

Dans ce but, on se sert de l'emplâtre adhésif ordinaire ; mais le procédé le plus simple est d'employer un ruban de fil étroit, qu'on sert fortement autour du doigt ou de l'orteil, depuis l'extrémité jusqu'à sa partie supérieure, suivant la méthode du *Theden'sche Verband*, appliqué aux fractures des phalanges.

Des engelures excoriées, suppurantes ou altérées doivent, en général, être traitées de la même manière que les affections analogues provenant de toute autre cause ; mais même dans ces cas, il faut autant que possible se servir d'eau comme application locale, soit qu'on ait recours à des linges mouillés froids, soit qu'on emploie des fomentations chaudes. Mais comme on ne peut le faire que lorsque le malade s'abandonne entièrement au traitement et reste au lit, on est obligé d'ordonner l'application de quelque emplâtre ou pommade. Dans ce but, je recommande particulièrement l'Empl. Lithargyri Fuscum, ou Empl. domesticum.

Dans les congélations du deuxième degré, quand il existe des bulles, le traitement qui m'a paru donner les meilleurs résultats est ce qu'on appelle la méthode *ectrotique*, qui consiste à percer le sommet de chaque bulle avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe, et à appuyer fortement le caustique sur leur base. Aussitôt qu'il est possible d'enlever l'eschare ainsi produite, j'applique de nouveau le nitrate ; et je continue de la même manière jusqu'à ce que la surface de la plaie paraisse nette et recouverte de granulations de bonne nature. Cette méthode a quelquefois empêché l'ulcération qui suit la rupture des

(1) Le professeur Hebra ajoute dans une lettre que, quand un malade est affecté d'une tuméfaction chronique d'un membre, on introduit souvent la partie affectée dans le second estomac d'un bœuf ou de tout autre ruminant récemment abattu, dans la pensée que la chaleur animale atténuera l'inflammation.

(*Note du traducteur anglais.*)

bulles de s'étendre profondément, et de détruire les tissus sous-jacents.

Quand l'action du froid a produit des eschares, la première chose à faire est d'enlever les parties mortifiées; et quand les processus naturels ne l'accomplissent que lentement et imparfaitement, il faut avoir recours aux procédés opératoires ordinaires.

CHAPITRE XIV

DERMATITIDES PROPRES.

IVe Classe (suite). — **Dermatoses exsudatives, aiguës, non contagieuses.**

B. — Dermatitis sympomatica.

1. Dermatitis erythematosa.

(Inflammation superficielle symptomatique de la peau)

ÉRYSIPÈLE.

(Dermatitis symptomatica, Rosa, Rothlauf, Hautrose, Erysipelas, Risipola).

L'érysipèle est cette affection cutanée dans laquelle la peau, tuméfiée et chaude, offre une coloration rouge intense et diffuse qui disparaît sous la pression du doigt, dans laquelle surviennent quelquefois des vésicules, des bulles ou des pustules, qui est accompagnée de symptômes fébriles et de sensations de tension ou de douleur brûlante, et qui, quand elle se termine, est suivie, soit seulement de desquamation, soit de la formation de croûtes.

Les écrivains modernes, de même que les plus anciens auteurs, ont rapproché cette maladie des exanthèmes, et même si on ne l'a pas attribuée à quelque principe contagieux défini, on l'a du moins rattachée à une crase spéciale et particulière. Quant à moi, je ne puis partager cette manière de voir. Je regarde l'érysipèle comme une inflammation ordinaire de la peau susceptible d'être provoquée par différentes causes, dont quelques-unes ont leur siége dans le tégument lui-même,

tandis que d'autres proviennent des affections d'autres organes, ou ont une origine qui nous est encore inconnue. Ainsi, je suis aussi peu disposé à admettre l'existence d'une crase érysipélateuse du sang qu'à expliquer la présence d'épidémies de cette maladie par l'hypothèse d'un principe contagieux spécial.

SYMPTÔMES.

Plusieurs auteurs ont jugé à propos d'admettre dans l'érysipèle (comme pour les exanthèmes) des périodes ou phases distinctes, savoir : un *stadium prodromorum*, un *st. eruptionis*, un *st. floritionis*, et un *st. desquamationis*.

Il est certainement incontestable que l'érysipèle apparaît, atteint son apogée et ensuite diminue, et, par conséquent, on peut diviser arbitrairement son cours entier en périodes correspondantes à ces modifications successives. Mais dans cette affection, ces divisions ne reposent pas sur une base aussi solide que pour les exanthèmes. Elles ne sont pas assez définies chacune en elle-même, ni suffisamment caractérisées par des symptômes spéciaux. En outre, les divers phénomènes dans l'érysipèle ne se succèdent pas dans un ordre régulier; enfin les divisions établies ne l'ont pas été d'après une durée uniforme et déterminée, comme elles le sont dans les fièvres exanthématiques. Pour ces diverses raisons, je crois pouvoir, et avec avantage, m'abstenir de diviser l'évolution de cette maladie en périodes distinctes.

Cependant je crois qu'il est convenable de ranger les symptômes de l'érysipèle en *trois groupes*, exactement comme je l'ai fait pour ceux de la rougeole, de la scarlatine et de la variole; le premier de ces groupes comprenant les phénomènes présentés par la peau; le second, les troubles fébriles, et le troisième, les symptômes dus aux affections des divers organes du corps, la peau exceptée.

1° *Phénomènes cutanés.* — L'érysipèle commence en général sur un point localisé; la peau, sur un espace circonscrit, ayant à peu près l'étendue d'une noix, se tuméfie légèrement et prend une teinte rouge brillante. Cette rougeur disparaît par la pression, et lorsqu'elle cesse, la partie paraît d'abord d'une teinte jaunâtre, mais en peu de temps elle redevient de nouveau rouge. Le malade, à cette période, ne se plaint que d'une légère douleur ou de démangeaison.

Dans le cours des premières vingt-quatre heures, la maladie s'étend plus ou moins du point primitivement attaqué aux parties adjacentes de la surface cutanée, qui à leur tour sont également envahies; en

d'autres termes, l'érysipèle se propage *per contiguum*. Ainsi, au terme précité, il couvre un espace aussi grand que la paume de la main et après une autre courte période de la même durée, il se sera développé sur une étendue double de la précédente. Après un intervalle de soixante et douze heures, la maladie a en général atteint une limite qu'elle ne dépasse pas pendant toute la durée de son cours ultérieur; du moins, après cette période, elle reste ordinairement stationnaire durant plusieurs jours. La rougeur est alors très-foncée, avec une teinte bleue ou jaune, notamment au bord de la partie affectée; la tuméfaction, et, par conséquent, le degré de tension varient dans les différents cas; mais ces altérations sont parfois très-considérables; la surface est unie et luisante, comme si l'on y avait étendu de l'huile (*Erysipelas glabrum*).

Lorsqu'il présente ces caractères, l'érysipèle atteint son apogée quand il cesse de s'étendre; il reçoit alors le nom d'*erysipelas fixum.*

Après cette période, la tension diminue graduellement, la surface de la peau perd son aspect brillant, où l'on aperçoit de nouveau les sillons de l'épiderme et la rougeur intense de la partie affectée prend une teinte plus sombre. Plus tard encore, l'épiderme commence à s'exfolier, formant des lamelles ou des lambeaux plus ou moins grands, et cette desquamation, dans les cas qui suivent la marche favorable ordinaire, est le dernier symptôme local de la maladie.

2° *Symptômes fébriles.* — Les phénomènes de dermatitis ci-dessus décrits sont en général précédés de symptômes fébriles, ou, en d'autres termes, de frissons suivis de sensations subjectives de chaleur et d'élévation de la température de la peau, d'accélération du pouls et de la respiration, d'une grande dépression et lassitude, de douleurs dans les articulations, d'une soif ardente et d'une sécrétion d'urine très-colorée. Ces symptômes continuent avec plus ou moins d'intensité, jusqu'à ce que la tension et la tuméfaction de la peau commencent à décroître; ils déclinent ensuite, règle générale, en même proportion que celles-ci diminuent et que l'épiderme s'exfolie. Aussitôt que l'inflammation est en bonne voie tous les symptômes fébriles disparaissent habituellement.

3° *Symptômes concomitants.* — Dans la plupart des érysipèles, ces symptômes manquent entièrement, la langue est bonne, et il y a absence complète de nausées, de vomissements (1), de diarrhée et de tout autre

(1) Dans nos pays, contrairement à ce qu'indique le professeur Hebra, la plupart des érysipèles, même bénins, surtout ceux de la face, s'accompagnent, dès le début, d'embarras gastrique et de nausées. (A. D.)

signe de dérangement dans les voies digestives. Mais dans d'autres circonstances, et parfois même dans les formes bénignes de la maladie, il existe, soit des symptômes d'un catarrhe gastro-intestinal léger (Gastricismus), soit des signes d'irritation ou de compression cérébrales de peu d'importance, soit enfin les indices d'une affection des organes circulatoires ou respiratoires.

VARIÉTÉS DE L'ÉRYSIPÈLE.

1° Par rapport à sa forme.

L'exsudation qui, dans cette maladie, cause la tuméfaction, n'est pas toujours répartie uniformément sur tous les tissus du tégument. Car, dans certains cas, un liquide séreux est sécrété sous l'épiderme en quelques points, et constitue des vésicules ou des bulles plus ou moins grosses ; la forme ordinaire de la maladie est alors ainsi convertie en un *Erysipelas vesiculosum* ou *E. bullosum*. Le liquide contenu dans ces vésicules ou bulles est très-albumineux et présente toujours une réaction neutre ou faiblement alcaline. Quand on l'examine au microscope, on trouve, tout à fait au début, qu'il renferme quelques cellules de pus.

Ces vésicules ou bulles sont sujettes à subir divers changements. Quelquefois elles se rompent, alors leur contenu s'échappe, leur base épidermique s'enfonce, et il se forme des croûtes brunâtres.

Dans quelques circonstances, cependant, tout le liquide renfermé dans ces vésicules ou pustules se dessèche, ainsi que l'épiderme qui les recouvre, en croûtes plus ou moins épaisses, lesquelles tombent en même temps qu'a lieu la desquamation épidermique. Dans d'autres cas encore, le liquide séreux, primitivement transparent ou jaunâtre, devient trouble comme du petit-lait, et plus tard couleur de paille. Il est, de fait, converti en pus, comme cela est évident, non-seulement d'après son aspect, mais aussi d'après sa consistance, sa réaction alcaline beaucoup plus prononcée, et ses caractères microscopiques.

Cette variété de la maladie constitue l'*Erysipelas pustulosum ;* et, lorsque le contenu des pustules s'est desséché au point de constituer des croûtes épaisses, il en résulte l'*Erysipelas crustosum* des plus anciens auteurs (1).

(1) Je profite de cette occasion pour attirer l'attention du lecteur sur le fait que nos ancêtres ont inexactement donné les mêmes noms (*Erysipelas pustulosum, E. crustosum*) aussi à des eczémas aigus. En outre, le terme *Erysipelas onomalum* (wilder Roth-

L'*E. vesiculosum*, l'*E. bullosum*, et l'*E. pustulosum*, surviennent fréquemment ensemble, ou se succèdent chez le même malade. Ainsi, l'affection peut débuter par un *E. glabrum*, et devenir successivement vésiculeuse, bulleuse et pustuleuse, sans dévier sous d'autres rapports des caractères ordinaires et du cours normal de l'érysipèle.

2° Par rapport à son étendue.

Dans un grand nombre de cas, soit de l'*E. glabrum*, *E. vesiculosum*, soit de l'*E. pustulosum*, l'affection occupant au début un espace très-restreint de la surface cutanée, s'étend immédiatement des points sur lesquels elle a primitivement paru aux parties adjacentes du tégument. En effet, se propageant de cette manière, l'érysipèle envahit successivement de grandes portions de la peau, et peut même couvrir toute la surface du corps. On voit alors que les bords de l'éruption présentent différents aspects. D'un côté, la rougeur se nuance graduellement jusqu'à ce qu'elle atteigne la coloration normale de la peau ayant, pour ainsi dire, une apparence « lavée » (verwaschen) : tandis que, sur un autre point, la rougeur et la tuméfaction se terminent par un rebord élevé et bien tranché; et c'est toujours de ce côté que l'érysipèle s'étend aux parties saines voisines.

Les sensations subjectives du malade correspondent à ces différences et sont d'une autre espèce. Sur la ligne décrite en premier lieu (où la rougeur passe graduellement à la teinte normale de la peau), la pression ne donne lieu à aucune douleur; tandis que le côté opposé, limité par le bord élevé, est très-douloureux à la pression, et sensible au plus léger contact. Il suit de là que, dans la forme erratique de l'érysipèle, la douleur que le malade éprouve lorsqu'on touche la peau permet de reconnaître l'existence de la maladie au cuir chevelu, ou sur toute autre région où la présence de poils empêche de se rendre compte de la rougeur du tégument. Ainsi que je l'ai déjà dit, cette variété d'érysipèle peut s'étendre graduellement sur des espaces considérables, ou, même, sur toute la surface du corps; mais, dans ce cas, il ne sera très-largement diffus à aucun moment. La peau d'une partie quelconque récemment affectée a toujours une teinte jaune; et l'on voit parfois survenir des pustules disséminées, lorsqu'il disparaît; ou il peut même être suivi d'une plaque de *dermatitis* de la variété circonscrite, ou, en

lauf) a été employé par ces auteurs pour désigner l'*Eczema impetiginosum*, notamment lorsqu'il affectait la figure et prenait une marche plus chronique.

D'après la définition de l'érysipèle que j'ai donnée, il est évident que de telles affections ne font point partie du cadre de cette maladie.

d'autres termes, de la formation d'un furoncle ou d'un abcès. Parfois, aussi, après avoir successivement parcouru une grande partie de la surface cutanée, il apparaît pour la seconde fois sur la peau des régions où il s'était déjà montré. Dans ces cas exceptionnellement graves, les symptômes fébriles ne disparaissent jamais entièrement ; ils subissent, au contraire, en général une exacerbation chaque fois que la maladie s'étend sur de nouvelles régions. En outre, le caractère habituel de l'affection et sa marche sont bien plus défavorables que dans la forme ordinaire de l'érysipèle ; en effet, cette variété ambulante se termine le plus souvent par la mort (1).

3° Par rapport à son siége.

Toutes les parties de la peau peuvent être envahies par l'érysipèle ; en effet, les auteurs citent des observations dans lesquelles tout le corps a été atteint par cette maladie. C'était à cette rare affection, l'*Erysipelas universale*, que s'appliquaient notamment les noms de *Hieropyr*, *Ignis sacer*, *Ignis Sancti Ignatii*. Mais, en règle générale, l'érysipèle est limité à quelque région particulière du corps.

1° *Erysipelas faciei*. — L'érysipèle de la face est incontestablement, par ordre de fréquence, la première des formes locales de cette affection. Il commence en général par le nez ou le front, et se propage ensuite dans toutes les directions.

(1) En faisant la description de la variété ambulante de l'érysipèle, je ne puis m'empêcher de la rattacher à la forme de l'inflammation connue généralement sous le nom d'*inflammation absorbante* (Lymphangioitis). En fait, la seule différence entre cette affection et celle que je viens de décrire, est que l'inflammation est moins intense et se limite aux parties de la peau au-dessous desquelles se trouvent les plus gros vaisseaux sous-cutanés, et par conséquent aussi les vaisseaux lymphatiques. Comme personne ne l'ignore, cette affection peut provenir d'une plaie de peu d'importance, d'un ulcère, d'un abcès ou même d'une simple pustule ou excoriation, situés sur un des membres supérieurs ou inférieurs. Elle consiste dans la formation de stries de la largeur du doigt, ayant une teinte rose rouge et de petites tuméfactions élevées (kleiner wulstiger Elevationen). Ces manifestations morbides suivent le cours des vaisseaux et des nerfs, progressant toujours des parties éloignées du membre vers le tronc. La coloration rouge des lignes est parfois interrompue en certains points, mais elle reparaît, toutefois, au-dessus sous forme de macules. Ces stries s'étendent en haut jusqu'au ganglion lymphatique le plus rapproché, qui devient aussi tuméfié et douloureux (*). En effet, la pression exercée sur les lignes rouges elles-mêmes donne également lieu à de la douleur, sur tous les points de leur parcours. L'inflammation des vaisseaux lymphatiques sur un membre quelconque empêche en général le malade de s'en servir, car chaque mouvement donne lieu à des picotements très-douloureux. Comme l'érysipèle ambulant, cette affection, quand elle diminue, laisse soit des dépôts de pigment, des abcès plus ou moins considérables, soit des élevures indurées analogues à des cordes.

(*) On doit à Blandin la constatation de ce fait aussi intéressant pour le physiologiste que pour le clinicien que, souvent l'engorgement inflammatoire des ganglions apparaît avant qu'on ne puisse constater la moindre rougeur érysipélateuse sur aucun point de la zône cutanée qui correspondait à ces ganglions. (A. D.)

Le plus souvent, toutefois, il ne s'étend pas au delà de la face, de sorte qu'on peut lui donner le nom d'un *Erysipelas fixum faciei*.

Lorsqu'il en est ainsi, l'affection est limitée en haut par le cuir chevelu ; dans le sens opposé, elle s'étend en bas vers la région laryngée ; tandis que ses limites latérales sont formées par les oreilles, qui deviennent rouges et tuméfiées, se projetant en dehors, de chaque côté de la tête, sous forme d'appendices volumineux. Les paupières sont le siége d'un œdème et d'une tuméfaction considérables, le malade est dans l'impossibilité de les ouvrir, et la conjonctive elle-même est souvent envahie.

La peau du nez est tendue et brillante ; les lèvres sont tellement enflées qu'il est impossible de les fermer, et, par conséquent, la langue se dessèche, et il se fait par la bouche un écoulement continuel de salive et de mucus buccal.

Lorsque l'érysipèle facial de fixe devient ambulant, son extension échappe en général à l'investigation pendant quelque temps, parce qu'il prend la direction du cuir chevelu, où la présence des cheveux empêche de le découvrir.

Mais, comme je l'ai déjà dit, le malade, dans ces circonstances, se plaint de vives douleurs dans la tête, douleurs qui augmentent à la pression, et même au simple contact d'un oreiller; et c'est là un indice que l'affection s'étend. Ce n'est que lorsque l'érysipèle a dépassé le sommet de la tête, et atteint la partie postérieure du cou, qu'on aperçoit de nouveau la rougeur nettement tranchée (1).

L'érysipèle de la face, fixe ou ambulant, n'est cependant pas nécessairement aussi étendu que je viens de le décrire. Il est, au contraire, souvent borné aux joues, ou même à une seule, ou au voisinage du front, de l'oreille, ou du maxillaire inférieur. Dans quelques cas, il est impossible de découvrir aucune affection locale, qu'on puisse regarder comme cause de ces formes circonscrites de la maladie. Mais, le plus souvent, elles proviennent évidemment de quelque lésion locale, telle qu'un eczéma ou un lupus du nez ou des lèvres, d'une périostite, d'abcès profonds, de carie ou de nécrose des os. Il y a aussi une variété (l'*Erysipelas odontalgicum*) qui est occasionnée par la carie des racines des dents, tandis qu'une autre (l'*Erysipelas otalgicum*) est produit par une maladie du méat auditif externe, ou des parties environnantes.

2° *Erysipelas mammarum*. — C'est une dermatitis érysipélateuse qui

(1) Qu'elle soit ou non garnie de cheveux, la peau qui recouvre le crâne ne devient pas rouge pendant l'érysipèle, et l'on ne constate qu'elle en est envahie que par sa tuméfaction et sa sensibilité au toucher (Dupuytren). (A. D.)

tient en général à la présence d'un abcès d'un tissu sous-cutané quelconque, notamment de la glande mammaire. De même que l'affection décrite en dernier lieu, elle est fixe ou ambulante.

3° *Erysipelas umbilici.* — C'est une affection très-commune chez les enfants nouveau-nés, il est causé et entretenu par la suppuration qui a lieu en ce point. Il peut aussi rester stationnaire ou s'étendre aux régions voisines.

4° *Erysipelas genitalium.* —Cette maladie se rencontre dans les deux sexes, et présente les symptômes ordinaires ; mais il est essentiel de la distinguer des formes aiguës de l'eczéma, qui occupent les mêmes parties. Elle survient habituellement à titre d'affection métastatique dans le cours d'un des exanthèmes.

5° *Erysipelas extremitatum.* — Il est aussi quelquefois dû à la formation de dépôts métastatiques dans des cas de pyohémie générale, et d'autres fois il dépend d'ulcères ou d'abcès situés dans le tissu sous-cutané aréolaire, de plaies ou d'autres lésions. Ses symptômes ne diffèrent en rien de ceux que j'ai décrits comme appartenant à l'érysipèle en général ; et il peut rester limité au point primitivement attaqué ou devenir ambulant et s'étendre aux parties adjacentes de la surface cutanée.

DIAGNOSTIC DE L'ÉRYSIPÈLE.

Il est impossible de tracer une ligne exacte de démarcation entre l'érysipèle et les affections que quelques auteurs ont décrites sous les noms d'érythème, d'œdème inflammatoire et de dermatitis idiopathique (se servant de ce dernier terme dans un sens différent de celui dans lequel je l'ai employé). Car, dans la pratique, on voit, dans bon nombre de circonstances, ces conditions morbides se succéder ou exister simultanément. Cependant, on peut dire, d'une manière générale, quels symptômes sont les plus caractéristiques de l'érysipèle ; et, dans la plupart des cas, on peut les distinguer de ceux des autres maladies ci-dessus indiquées.

Le caractère le plus frappant de l'érysipèle est, incontestablement, outre la rougeur et la chaleur de la partie affectée, la présence d'une *tuméfaction* considérable ; car dans les érythèmes simples on n'observe jamais une enflure notable, tandis qu'on retrouve les deux autres symptômes dont j'ai parlé.

En outre, la marche et la durée de ces maladies sont très-différentes. Les érythèmes ne persistent que peu de temps, et, quand ils dispa-

raissent, ils ne laissent après eux aucun changement morbide de la peau, et ne sont suivis ni de desquamation ni de dépôt pigmentaire. D'un autre côté, l'érysipèle exige un laps de temps beaucoup plus long, pour son développement et son évolution; et cette affection est, dans tous les cas, suivie de desquamation de l'épiderme et d'un changement dans la coloration de la peau, qui devient jaunâtre ou brunâtre. En outre, il se forme très-souvent des croûtes par la dessiccation du liquide exsudé; indépendamment des autres modifications que subit le tégument outre ceux que je viens de mentionner. Enfin, dans les érythèmes, soit qu'il n'existe aucun symptôme concomitant de quelque importance, soit que leur présence nous mette à même de discerner que le malade est de plus affecté de quelque autre affection essentielle; d'autant que des frissons violents ne manquent jamais dans les érysipèles, revenant et disparaissant *pari passu* avec l'affection cutanée. La présence des phénomènes ci-dessus indiqués permet également, dans chaque cas, de distinguer l'érysipèle de la maladie locale que certains auteurs, comme je l'ai établi, ont appelé une *dermatitis idiopathique*.

Dans l'œdème aigu, bien qu'il n'y ait pas une chaleur ou une rougeur prononcées, la peau est tendue et tuméfiée à un tel degré, et sa surface est si unie et si brillante, qu'on peut sans difficulté distinguer cette affection de toutes les formes de l'érysipèle.

Lorsqu'on appuie avec le doigt sur un endroit œdémateux, il se fait une petite dépression et la partie prend une teinte plus pâle; ces effets disparaissent ensuite lentement. Mais si l'on exerce cette même pression sur une région atteinte d'érysipèle, la tuméfaction ne diminue nullement, et la rougeur disparaît seulement un instant, nous laissant à même de voir que la peau a une teinte jaune. L'œdème est, en effet, suivie de desquamation, qui persiste pendant quelque temps après la disparition de cette maladie; mais même alors la couleur de la peau n'est pas modifiée comme elle l'est dans l'érysipèle : jamais non plus il ne se forme de pustules ou d'abcès comme résultat de la première affection, quoiqu'on rencontre assez fréquemment ces lésions dans la dernière.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ÉRYSIPÈLE.

Les altérations morbides de la peau qui surviennent dans l'érysipèle, sont essentiellement les mêmes que dans toutes les autres formes de dermatitis, et consistent en une stase du sang et en une exsudation

inflammatoire. Cette exsudation a lieu dans la substance du derme et entre ce dernier et l'épiderme; on a ainsi une explication suffisante, non-seulement de la tuméfaction du tégument, mais aussi de la présence des vésicules, des bulles et des pustules. En outre, le véritable tissu cutané se trouve souvent réduit au plus petit volume possible (wird auf ein Minimum reducirt) par la quantité d'exsudation qui est formée, et les follicules pileux en subissent une compression telle que les cheveux tombent lorsque l'inflammation a disparu.

D'après les recherches d'Andral et Gavarret, le sang des sujets affectés d'érysipèle renferme un excès de fibrine, et une proportion au-dessous de la normale de corpuscules sanguins et de sels fixes. Mais les résultats obtenus par ces auteurs n'ont pas été assez constants pour avoir une grande valeur scientifique. Les analyses du sang exigent en toutes circonstances d'êtres faites avec de grandes précautions; mais l'exactitude y est encore plus indispensable lorsqu'il s'agit d'une affection comme l'érysipèle, qui peut résulter de causes si variées, soit internes, soit externes.

Ce n'est que dans les cas où l'éruption n'a pas disparu avant la mort, qu'il est possible de démontrer la stase du sang en examinant les cadavres des individus qui ont succombé à cette maladie. On trouve la cause de la mort, soit dans une anémie, résultant de l'étendue de l'inflammation cutanée, soit dans quelque modification pathologique due à l'état morbide du sang (Blutkrase), auquel l'érysipèle doit son origine. On comprendra facilement aussi que l'épuisement du système nerveux peut occasionner une terminaison fatale, notamment quand l'affection est très-étendue. La cause immédiate de la mort est, soit une congestion ou un œdème aigu du cerveau, ou une méningite, soit un engorgement hypostatique des poumons avec œdème pulmonaire, soit, encore, un œdème de la glotte dû à l'extension de l'inflammation à la membrane muqueuse. En outre, dans ces cas, on rencontre quelquefois à l'autopsie une pneumonie, une pleurésie, une péricardite ou même une péritonite ou une entérite. Le sang est liquide et d'une coloration rouge brillante, lorsque la mort survient pendant que la maladie est à son apogée; mais si l'exsudation s'est faite en grande quantité avant la terminaison fatale, on trouve le sang épaissi (im Eindickungszustande).

ÉTIOLOGIE DE L'ÉRYSIPÈLE.

Les causes de l'érysipèle se divisent, généralement, en *externes* ou

locales, et *internes*. Leur action peut être augmentée par une *prédisposition* (Disposition) à la maladie, tenant à l'existence de conditions favorables à son développement. Ces causes prédisposantes peuvent, aussi, soit être indépendantes du sujet, soit avoir leur point de départ dans son organisme.

1° Au nombre des causes locales, il faut placer certaines affections préexistantes, dans lesquelles le processus inflammatoire est susceptible de s'étendre à la peau, il survient ainsi un érysipèle. Ce chapitre comprend :

a. Diverses *maladies inflammatoires des parties profondes*, qui sont en connexion avec la peau, soit par continuité de tissu, soit par communication vasculaire. Parmi ces affections, il faut mentionner la périostite, la carie, la phlébite, l'artérite (par exemple, l'artérite ombilicale des petits enfants), la lymphangite, et l'adénite.

b. Certaines maladies dans lesquelles les tissus cutanés sont exposés à l'*action locale du pus*. L'affection provenant de cette cause a en général été comprise sous le nom d'*absorption purulente* (Eiterresorption). En réalité, cependant, elle ressemble à l'aréole rouge (*areola*, Entzündungshof), qui se manifeste lorsque le contenu d'une vésicule se convertit en pus, ce qui est dû à l'action du liquide purulent. L'aréole d'une telle pustule est, en fait, entièrement analogue à la rougeur érythémateuse plus ou moins étendue qui survient autour d'un point quelconque où se forme une suppuration ou une ulcération. Par exemple, on voit souvent l'érysipèle produit par une inflammation de la muqueuse nasale ; et l'on a ce qu'on appelle l'*erysipelas otalgicum*, dépendant de l'inflammation ulcérative du conduit auditif externe, et l'*erysipelas genitalium*, qui survient chez les femmes par suite d'affections diphthéritiques ou aphtheuses de la vulve. De même aussi une inflammation érysipélateuse de la peau se développe autour des ulcères ou des plaies lorsque leur sécrétion ne trouve pas une issue facile ; on observe la même chose à la périphérie de toute éruption pustuleuse (telles que l'eczéma ou le lupus) lorsque le pus s'accumule au-dessous des croûtes. Dans toutes ces circonstances, la dermatitis est produite par l'action locale du pus sur les parties avec lesquelles il se trouve en contact.

2° Les causes internes de l'érysipèle sont loin d'être aussi bien connues que les causes locales, dont je viens de parler. Toutefois, on peut dire qu'elles comprennent certains changements dans le sang lui-même, qui sont partiellement décrits comme étant de nature *phlogistique septique* ou *pyohémique*. En effet, un état de *pyohémie* — dû à une

infection du sang par absorption de pus ou d'une matière organique quelconque, ou même d'éléments de tissu en fermentation putride — est probablement la cause fondamentale de l'érysipèle dans la plupart des cas, sinon dans tous. A l'appui de cette manière de voir, je puis en appeler à des expériences directes dans lesquelles on a inoculé du pus et diverses matières putrides (comme, par exemple, dans la vaccination avec de la lymphe malsaine), et aux résultats de l'absorption de certains poisons animaux, tels que les principes contagieux de la morve et du « Milzbrand », le venin de serpents, le virus cadavérique, etc.

Au nombre des causes *prédisposantes* de l'érysipèle, je range la chlorose, la scrofulose, certaines maladies; enfin, le fait seul d'avoir déjà eu antérieurement des érysipèles.

Le docteur Carl Haller, médecin en chef de l'hôpital général à Vienne, a démontré par des statistiques (1) basées sur des observations poursuivies pendant dix ans dans cet établissement, que cette affection est plus fréquente pendant les mois d'avril, mai, octobre et novembre, qu'à toute autre période de l'année.

Il est, d'ailleurs, incontestable qu'on voit régner plus souvent à certaines époques qu'à d'autres les maladies suivantes : l'érysipèle, l'érythème, l'herpès zoster, l'herpès iris, les furoncles, les inflammations du tissu cellulaire et les panaris (Panaritien). Dans ces mêmes conjonctures aussi, les plaies sont sujettes à prendre un mauvais caractère, et souvent elles s'accompagnent de gangrène ou de *diphtheritis cutanea*. Ceux qui aiment de telles expressions peuvent, s'ils le préfèrent, se rendre compte de ces faits, en les attribuant à un *genius epidemicus*, ou à une *constitutio erysipelatosa*.

L'opinion soutenue par les plus anciens médecins, et par quelques auteurs modernes, que les *sordes gastricæ*, les affections catarrhales des voies digestives, et les maladies hépatiques sont au nombre des causes de l'érysipèle, est évidemment le résultat d'une erreur. Comme je l'ai déjà dit, on aperçoit souvent une teinte jaunâtre sur le bord des plaques rouges, ainsi que sur les plaques elle-mêmes, lorsqu'on a fait cesser la rougeur à l'aide de la pression. Mais cette teinte est due, non à la présence de pigment biliaire dans le sang, mais à la même cause que la rougeur, savoir à la matière colorante du sang lui-même. De même aussi, l'état saburral de la langue, la perte du goût habituel pour la nourriture, des vomissements, de la diarrhée, etc., ne sont pas des symptômes spéciaux des maladies des voies digestives et du foie, mais,

(1) « Die Volkskrankheiten in ihrer Abhängigkeit von den Witterungsverhältnissen », etc., Wien, 1860.

comme on le sait, ils peuvent tenir à des conditions morbides générales, attaquant peut-être le sang seul, ou même à des affections cérébrales ou nerveuses. Aussi la présence de ces symptômes n'est-elle nullement une preuve que l'intestin était primitivement atteint.

Enfin, on n'est pas encore en état de déterminer si, oui ou non, des « coups de froid » (Erkältungen) peuvent réellement donner lieu à un érysipèle. Personne ne l'ignore, les médecins ont très-largement abusé de cette action, ils y ont eu recours comme à un expédient chaque fois qu'il leur a été impossible de trouver la cause directe d'une maladie.

PRONOSTIC DE L'ÉRYSIPÈLE.

Le pronostic dans l'érysipèle est à ce point favorable qu'une terminaison fatale n'est jamais la conséquence des changements morbides qui se produisent sur le tégument seul. Ce n'est que lorsque l'état pathologique qui a causé l'inflammation érysipélateuse de la peau engendre en même temps une affection d'autres organes importants, que l'état du malade devient grave, ou qu'il y a quelque danger de voir le cas se terminer d'une manière funeste. Ainsi on peut dire avec raison que *personne ne meurt d'érysipèle*. Mais les affections viscérales qui peuvent l'accompagner ou en résulter occasionnent souvent la mort du patient. Au nombre de ces maladies se trouve, comme je l'ai déjà dit, les suivantes : l'hypérémie et l'œdème du cerveau, la méningite, l'œdème des poumons, l'œdème de la glotte, la pneumonie, la pleurésie, la péricardite et la péritonite. En outre, cette forme de pyohémie qui n'est accompagnée d'aucune modification locale, est souvent la cause d'une terminaison fatale dans ces cas. Mais un érysipèle exempt de toutes complications se termine invariablement par la guérison du malade.

TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE.

Depuis l'époque d'Aétius, c'était une maxime établie, qu'on ne devait pas traiter un érysipèle autrement que par l'emploi de la chaleur sèche externe, et l'administration interne de purgatifs rafraîchissants. Mais, dans les temps plus modernes, on a eu recours à des remèdes dont la nature a varié suivant les idées qui régnaient à ce moment relativement à la nature de la maladie. Ainsi, on a fait consister le traitement général dans l'emploi de saignées générales ou locales, d'émétiques, de purgatifs ou de médicaments diaphorétiques ; tandis que les remèdes locaux, dont on se servait en même temps, étaient encore plus

nombreux. Une fois on traitait par le froid ; une autre fois par la chaleur et la transpiration ; et au nombre des applications qui ont été proposées, se trouvent l'opium, le camphre, le collodion et l'huile. Quelques personnes ont attribué une action spécifique à des onctions faites avec du lard ou au badigeonnage de la partie à l'aide du nitrate d'argent; les vésicatoires et même le cautère actuel ont eu leurs partisans. Ce qu'on appelle le système *spécifique*, introduit par Hahnemann, obtint une grande vogue; et, sans le savoir, ceux qui pratiquaient cette méthode employaient en réalité un traitement très-simple, et (on peut bien le dire) une médication expectante, dont les résultats ne furent non moins favorables, si même ils ne le furent pas davantage que ceux obtenus auparavant.

Priessnitz encore, et ses successeurs, conseillèrent l'application de l'eau froide dans l'érysipèle et dans toutes les autres maladies, et ils ont employé ce traitement avec succès.

Toutes ces méthodes ont donné, par le fait, des résultats qui sont à peu près les mêmes. Quelle que soit celle que l'on ait mise en usage, la plupart des malades sont guéris, et quelques-uns sont morts; dans chacune, la proportion des décès a été la même. Or, comme l'expérience ne s'est pas prononcée en faveur de l'un plutôt que de l'autre des divers modes de traitement qui ont été préconisés par différents auteurs, je donne la préférence à l'expectation.

En effet, les symptômes qu'on observe dans l'érysipèle sont si variés (et ces variétés se rattachent sans doute à des différences dans la cause de la maladie) qu'il ne peut être, à proprement parler, question d'un traitement *spécifique*. Aussi, en exprimant l'opinion que la méthode expectante est la meilleure, je suis cependant loin de vouloir exclure l'emploi de remèdes pour le soulagement de symptômes particuliers. Un point sur lequel je voudrais surtout insister, c'est qu'en traitant un cas d'érysipèle, il faut toujours faire une distinction entre la médication de l'affection cutanée et celle des différents phénomènes dont il peut être accompagné. Cette médication symptomatique doit reposer sur des principes généraux maintenant admis; et, en conséquence, il est inutile d'en donner une description détaillée. Ce n'est qu'en considérant quels remèdes il serait nécessaire d'employer pour neutraliser l'affection elle-même que je base mon diagnostic, l'appuyant sur l'opinion que je me fais de la nature de l'érysipèle, comme étant essentiellement une inflammation de la peau.

Lorsque quelque autre partie du corps est le siége d'une inflammation, j'ai recours à ce qu'on appelle la méthode antiphlogistique

(der antiphlogistische Apparat); et lorsque c'est *la peau*, ce mode de de traitement est plus particulièrement applicable, parce que dans cette circonstance les remèdes peuvent agir directement sur la région affectée. Maintenant, en parlant d'agents *antiphlogistiques*, je ne veux pas faire allusion à la saignée, aux sangsues, aux ventouses, aux scarifications et aux autres moyens analogues. Je les considère tous dans cette affection comme superflus, sinon nuisibles, et le *froid* est le seul agent antiphlogistique auquel j'ai recours. Ainsi, je recouvre les plaques rouges, chaudes et tuméfiées de la peau de compresses trempées dans l'eau froide, et après les avoir bien tordues je mets par-dessus, si c'est nécessaire, un sac en caoutchouc ou une vessie remplie de petits fragments de glace. On continue ces applications nuit et jour, sans interruption, jusqu'à ce que la tension, la douleur et la chaleur des parties enflammées aient disparu, ce qui a lieu en général dans un intervalle de deux à quatre jours.

Je ne trouve pas que lorsque le froid (Eisumschläge) est ainsi employé, il y ait aucun danger de voir l'érysipèle disparaître brusquement, ou qu'il en résulte une métastase sur un organe interne quelconque. Les malades eux-mêmes parlent de ce mode de traitement comme étant très-agréable et comme faisant cesser les sensations pénibles de tension et de chaleur qu'ils éprouvent dans la partie affectée. En fait, ils constatent que la maladie est soulagée à un degré marqué, par l'emploi d'applications froides.

Outre l'usage du froid d'après la méthode ci-dessus indiquée, je me suis fréquemment servi avec avantage de l'onguent bleu mercuriel, notamment dans la variété ambulante de l'érysipèle. Je fais alors étendre la pommade sur un linge que j'applique sur le point enflammé, de manière qu'il recouvre exactement toutes les parties. On place sur le linge (comme de coutume) des compresses trempées d'abord dans de l'eau, et par-dessus on met, en outre, une vessie renfermant de la glace. Si, malgré cette médication, la maladie continue à s'étendre, je recouvre non-seulement les parties récemment envahies, mais aussi la peau saine au delà, sur un espace de deux travers de doigt, d'un linge enduit de l'onguent mercuriel, et par-dessus on applique de l'eau froide comme il est dit ci-dessus.

En même temps, je n'oublie jamais d'examiner avec soin les parties situées dans le voisinage immédiat de la surface affectée d'érysipèle, afin d'en découvrir, si c'est possible, la cause. Il arrive souvent qu'on peut la trouver dans quelque petite pustule placée à côté, ou peut-être dans un eczéma (notamment un eczéma des fosses nasales), ou dans un

abcès profond, ou une glande engorgée, ou quelque affection cutanée antérieure (1). Lorsqu'il en est ainsi, il faut diriger, nécessairement, une médication appropriée contre la maladie qui formait ainsi le point de départ de l'érysipèle. On doit par-dessus tout s'opposer à l'accumulation du pus en ce point à l'aide de cataplasmes émollients, de frictions faites avec de l'huile en enlevant les croûtes qui ont pu se former, et, dans certains cas, il est prudent de détruire le foyer purulent (den Eiterherd) par l'application directe du nitrate d'argent.

Lorsque le froid a été employé pendant un temps considérable, il arrive souvent que la partie devient engourdie et insensible, c'est-à-dire qu'il se produit de l'anesthésie. Dans ces circonstances, le malade naturellement n'est pas disposé à continuer les applications froides, et il faut par conséquent les interrompre pendant quelques jours, jusqu'à ce que le retour de la chaleur et la douleur l'obligent à y avoir de nouveau recours.

La méthode de traitement que j'ai décrite ci-dessus est celle que consciencieusement je recommande de suivre dans la plupart des cas. Je déclare qu'elle est toujours parfaitement *inoffensive*, et que le plus souvent elle a une très-grande valeur en ce qu'elle calme le malade et diminue ses souffrances. Mais il faut, en même temps, reconnaître que dans quelques formes bénignes d'érysipèle il n'est même pas nécessaire d'appliquer des linges trempés dans l'eau froide, encore moins d'employer l'onguent bleu ou des vessies contenant de la glace. Dans ces cas, l'expectation simple sans aucun remède local suffira pour atteindre le but désiré (2).

Comme je l'ai déjà dit, le traitement interne, dans l'érysipèle, doit être seulement symptomatique. Très-souvent on peut se borner à agir sur l'imagination du malade et celle de ses amis. Le résultat sera à peu près le même si, d'un côté, on donne le Decoct. Altheæ avec la Liq. Amm. Acet. (comme quelques auteurs le conseillent), des boissons

(1) Ces causes locales d'érysipèle que le professeur Hebra mentionne ici pour la troisième fois ne sont pas en réalité à la hauteur du rôle étiologique qu'il veut leur assigner. Qu'un abcès profond signale sa présence, son extension par un peu d'*empâtement* de la peau sous-jacente, qu'une fissure de la narine irritée provoque la formation à son pourtour d'un érythème circonscrit, nous ne le nions point. Mais quelle ressemblance existe-t-il, quel rapprochement pathologique peut-on établir entre ces rougeurs essentiellement circonscrites, essentiellement passagères et la grande individualité morbide connue sous le nom d'érysipèle? De pareilles assimilations ne peuvent venir qu'à l'esprit de ceux qui définissent l'érysipèle une dermatitis et ne savent ou ne veulent y voir rien au delà de l'inflammation de la peau. (A. D.)

(2) Le professeur Hebra est ici dans le vrai. Dès 1838, Louis, se fondant sur une statistique aussi riche qu'exacte, avait conclu que de toutes les médications si diverses employées contre l'érysipèle, la plus active ne peut se flatter d'avoir abrégé la durée de la maladie de plus de *trois quarts de jour!* (A. D.)

rafraîchissantes contenant de l'*Acidum Halleri* (Eau de Rabel), de l'acide phosphorique, du jus de citron ou la potion de Rivière; ou si, d'autre part, on permet simplement au malade de boire de l'eau froide. On doit toujours éviter de prescrire des remèdes énergiques, tels que des émétiques ou des purgatifs dont l'emploi n'est justifié que lorsqu'il existe une constipation opiniâtre ou un état saburral des premières voies.

2. — Dermatitis phlegmoneuse.

(Inflammation symptomatique phlegmoneuse profonde de la peau.)

Par l'expression d'inflammation phlegmoneuse de la peau j'entends, avec Rokitansky, une inflammation de toute l'épaisseur de cet organe, du corps papillaire jusqu'aux couches les plus profondes du derme, en y comprenant même le plus souvent les tissus graisseux et connectif sous-cutanés. Elle se distingue par les caractères suivants : la rougeur est, à la vérité, moins intense que dans l'érysipèle, mais on ne peut pas la faire disparaître complétement par la pression du doigt; elle laisse même une coloration jaune très-prononcée. La tuméfaction est moins remarquable par son étendue que par la fermeté et l'induration des tissus cutanés. La *dermatitis* phlegmoneuse, en général, a une marche aiguë, se terminant rarement par simple résolution ou par absorption, mais déterminant le plus souvent des abcès ou des eschares gangréneuses. Elle peut, toutefois, se manifester sous une forme chronique, et résulter d'un phlegmon aigu (aus der acuten Phlegmone) ou de diverses autres maladies de la peau, telles que l'eczéma et le prurigo, etc. En outre, elle résulte, dans certains cas, d'une affection des veines cutanées et devient alors le point de départ de ce qu'on appelle *ulcères variqueux*.

L'inflammation phlegmoneuse *aiguë* affecte quelquefois seulement de petites portions de la peau, et dans ce cas les désordres produits sont appelés *furoncles*. Dans d'autres circonstances, elle attaque de vastes étendues de la surface cutanée constituant alors la maladie connue par les chirurgiens sous le nom de pseudo-érysipèle (Rose mit Gangrän, *Wattman*, — Necrose des Bindegewebes).

La séméiologie des variétés, soit circonscrites, soit diffuses de la dermatitis phlegmoneuse aiguë est comprise dans la description suivante :

Les premiers symptômes de la maladie sont en général des sensations subjectives. Le malade se plaint d'une douleur dans un point quelconque, douleur qui est augmentée par la pression du doigt. A ce

moment, on n'aperçoit aucun changement dans la coloration de la partie affectée, mais on sent sur un point quelconque de la peau, d'une étendue plus ou moins considérable, une induration tantôt circonscrite, tantôt diffuse. Au bout d'un jour, on commence déjà à apercevoir une coloration rosée apparaissant le plus souvent d'abord au sommet de l'élévation qu'on a reconnue par le toucher. Cette coloration ne s'étend pas seulement sur la partie qui est le siége de l'induration, mais encore sur les parties les plus rapprochées; la tuméfaction, la rougeur et la douleur augmentent dès lors d'heure en heure. Le cours ultérieur de la maladie, toutefois, n'est pas le même dans tous les cas. Quelquefois, après un laps de temps plus ou moins long, selon l'étendue ou la gravité de l'état morbide, la rougeur et l'induration disparaissent; la douleur diminue alors et une desquamation épidermique plus abondante est la seule preuve qu'il existait antérieurement une dermatitis. Dans d'autres circonstances, et bien plus fréquemment, il survient après un certain temps de la fluctuation sur le siége de la maladie; la collection purulente augmente graduellement jusqu'à ce que le pus accumulé puisse s'échapper par suite du ramollissement ou de la mortification de la peau. L'abcès s'étant ainsi ouvert, on aperçoit dans sa cavité une masse fortement adhérente, blanche ou jaune blanchâtre, formée de tissu connectif mortifié. Cette eschare a des proportions plus ou moins considérables, suivant l'étendue de l'inflammation primitive. Il se développe parfois une masse unique et alors assez volumineuse; tandis que, dans d'autres cas, il existe plusieurs eschares distinctes. Ces masses blanches ou jaune-blanchâtres de tissu aréolaire se détachent finalement de leur base et sont expulsées. Immédiatement après, l'abcès commence à diminuer graduellement; ses parois se rapprochent; sa base se couvre de granulations de bonne nature et la guérison s'opère. Il reste toujours, dans ces cas, une cicatrice plus ou moins considérable.

Le processus pathologique que j'ai décrit, quand il est limité à un petit espace, produit l'affection qui a été appelée par Fuchs *Phyma* (Entzündungsgeschwulst de certains auteurs), mais qui est connue par la plupart des médecins sous le nom de *Furoncle* (Furunkel). Je préfère ce dernier terme et je n'établis aucune distinction entre l'Entzündungsgeschwulst (tumeur inflammatoire) et le furoncle. J'exposerai en détail mes raisons pour soutenir cette opinion quand je discuterai l'étiologie de l'inflammation phlegmoneuse de la peau.

Les différences entre les diverses variétés de furoncles sur lesquelles Alibert et autres ont insisté n'offrent que très-peu d'importance. Ainsi

que je l'ai déjà dit, l'inflammation phlegmoneuse de la peau est quelquefois limitée à un petit point de la grosseur d'une lentille ou d'un pois, tandis que dans d'autres circonstances la partie affectée peut avoir le volume du poing d'un homme; mais dans les deux cas il n'existe aucune différence essentielle dans la nature, non plus que dans l'évolution de la maladie. Il n'est donc pas nécessaire d'établir une distinction entre un « furoncle folliculaire « (Follicular-Furunkel) et un « furoncle du tissu aréolaire » (Zellgewebs-Furunkel), d'après leur simple différence de grosseur. En outre, on a donné diverses épithètes aux furoncles, selon la manière dont le pus s'en échappait. Si l'abcès s'ouvre sur un seul point, on appelle l'affection un *F. simplex*; si cela a lieu sur plusieurs points, elle reçoit le nom de *F. vespajus;* tandis que si le pus s'échappe seulement par une petite fissure, on le désigne par le terme de *F. panulatus*. Mais ces différences ne sont pas assez importantes pour rendre nécessaire une division.

On peut, en conséquence, définir cette affection de la manière suivante : un furoncle est une inflammation phlegmoneuse circonscrite de la peau, se terminant par suppuration et formation d'un abcès, mais sans gangrène du tégument.

Quand la portion de peau enflammée se mortifie, on a affaire non à un *furoncle*, mais à un *anthrax*. Ainsi l'anthrax ou *carbonculus* est une tuméfaction d'un caractère furonculeux, mais avec cette particularité essentielle que la peau qui le recouvre est frappée de gangrène. Dans cette maladie, les phénomènes morbides ne sont pas toujours les mêmes. Parfois la surface cutanée prend une coloration bleu-noirâtre et une bulle se forme par le soulèvement de l'épiderme, ou bien le tégument est traversé en plusieurs endroits distincts par le tissu connectif mortifié; de sorte que, quand ce tissu a été expulsé, la région malade présente l'aspect d'un crible. Mais, dans d'autres circonstances, la peau tout entière, y compris le derme et l'épiderme, se ramollit en une matière pultacée terne, ou enfin le tégument et le tissu connectif gangréné sous-jacent se dessèchent et forment une eschare de teinte brune et même noire, aussi dure que du cuir.

Les changements ultérieurs consistent dans l'élimination des différentes eschares de tissu conjonctif, comme je l'ai décrit pour le furoncle. La cavité qui en résulte est plus ou moins considérable, suivant le volume des eschares; elle se remplit de granulations et guérit en laissant le plus souvent une cicatrice très-perceptible.

Telles sont les modifications locales que la peau subit dans ces affections. Mais il y a en outre, le plus souvent, des symptômes géné-

raux. Ils sont plus prononcés dans l'anthrax, mais on les observe même en cas de furoncle, notamment quand plusieurs surviennent en même temps. Ainsi, des désordres fébriles graves, avec frisson, précèdent souvent une attaque de l'une de ces formes de la dermatitis phlegmoneuse, ou se manifestent pendant son cours; et au nombre des autres symptômes concomitants on peut compter la céphalalgie, l'inappétence, l'état saburral de la langue, la sécheresse de la bouche et des nausées.

Quand la marche est favorable, ces phénomènes disparaissent aussitôt que la gangrène s'est limitée, et à partir de ce moment les lésions locales constituent les seules indications de la maladie. On ne doit cependant pas oublier que ces affections peuvent avoir une terminaison funeste. Celle-ci se produit, par exemple, quand la gangrène ne se limite pas, mais s'étend au contraire de proche en proche. En outre, même quand elle s'est arrêtée, la mort peut survenir à la suite d'une suppuration prolongée ou résulter d'une résorption purulente (pyohémie), ou être due à l'aggravation de l'état morbide général ou dyscrasie, qui a donné lui-même naissance à la formation d'anthrax ou de furoncles. Dans ces cas, des pustules et des furoncles de grosseur variable sont souvent au début les seuls symptômes, et pendant un temps considérable il ne se produit pas autre chose qu'une succession réitérée de furoncles. Mais parfois, même dès le commencement de la maladie, de petits anthrax apparaissent, qui suivent la marche ordinaire jusqu'à ce qu'il en survienne sur un point du corps un plus volumineux qui mette fin à leur existence.

Ces formes d'inflammation phlegmoneuse de la peau, décrites comme furoncles ou anthrax, peuvent être, soit sporadiques ou endémiques, soit même épidémiques, selon Fuchs et d'autres auteurs.

Les furoncles surviennent quelquefois *sporadiquement*, chez des personnes d'ailleurs en bonne santé; les symptômes concomitants manquent alors complétement. Dans d'autres circonstances, ils naissent sous l'action d'une *dermatose chronique* accompagnée de démangeaison (telle qu'eczéma, gale ou prurigo), ou résultent de l'irritation occasionnée par les *pediculi vestimentorum*. Ils peuvent aussi survenir seuls, le premier qui s'est primitivement produit n'étant suivi d'aucun autre; mais d'autres fois plusieurs d'entre eux apparaissent simultanément et il en survient de nouveaux pendant un temps considérable.

Ainsi donc, les furoncles et les anthrax se divisent naturellement en deux groupes, les *idiopathiques* et les *symptomatiques*.

L'inflammation phlegmoneuse *idiopathique* de la peau (phyma) peut

se produire par lésion mécanique, ou par suite d'une irritation quelconque affectant la peau. J'indiquerai notamment les furoncles provoqués par l'application réitérée sur la surface cutanée de l'eau froide, qui, telle qu'elle est employée par les hydropathes, est un irritant de la peau. Comme je l'ai déjà établi, des altérations semblables apparaissent à la suite de certaines affections cutanées accompagnées de prurit. Par le fait, des furoncles suivent très-souvent ces changements morbides de la peau que le malade provoque par le seul fait de se gratter continuellement et ne sont nullement dus alors à une dyscrasie quelconque. On voit ainsi souvent des furoncles chez des personnes qui sont simplement affectées de poux du corps, et qui sont constamment obligées de se gratter par suite de l'irritation occasionnée par la présence de ces parasites et par les sensations de démangeaison qu'ils produisent. La même chose s'observe dans la gale, que personne certainement aujourd'hui ne supposera être provoquée par une dyscrasie. Dans ces circonstances, on peut dire sans hésiter que les furoncles résultent de l'action directe d'irritants locaux sur la peau et non d'une cause interne générale, sans les considérer comme tenant à une condition pathologique du sang. Aussi l'opinion qui attribue à ces affections furonculeuses un caractère critique est-elle évidemment inadmissible et doit-on les regarder comme *idiopathiques*.

Tout le monde, cependant, sait que des furoncles peuvent aussi se manifester en plus ou moins grand nombre sans que la peau ait subi une irritation quelconque, et que la maladie peut alors devenir chronique par la formation réitérée de nouveaux furoncles. Ces furoncles symptomatiques sont, en général, accompagnés de symptômes de diverse nature, et notamment d'une coloration jaune de la peau, d'anorexie, de dépression, de lassitude, de malaise et parfois de fièvre et d'amaigrissement. Ces affections sont alors, et à juste titre, regardées comme l'expression d'un trouble constitutionnel auquel on peut donner avec avantage le nom de *furonculose*, car l'emploi de ce terme sert à distinguer les cas dans lesquels il survient des éruptions réitérées de furoncles d'avec ceux où leur apparition est simplement accidentelle.

On peut rapprocher de ces formes constitutionnelles de furonculose certaines maladies qui sont causées par des matières contagieuses animales, donnant lieu à une inflammation phlegmoneuse de la peau. Ces affections sont : 1° la *morve*, 2° l'*affection pustuleuse* produite par le *virus cadavérique*, 3° la *pustule maligne*.

La maladie connue sous le nom de *morve* (Rotzkrankheit, Maliasmus

de Fuchs, morve et farcin de Rayer) présente les caractères suivants : les premiers symptômes sont des douleurs dans les articulations et des frissons, qui sont suivis, soit seulement d'une éruption de pustules, soit, en outre de la formation de certaines tumeurs solides semblables à des furoncles, isolées les unes des autres et d'une coloration rouge. De plus, on trouve sur la peau des taches quelquefois unies à ces affections cutanées, d'autres fois séparées, qui sont d'une teinte jaune bleue jaspée, s'indurent et deviennent le siége d'une hémorrhagie abondante. Il se forme en même temps des dépôts considérables d'exsudation inflammatoire dans les tissus du tégument. Tous ces changements morbides se développent assez rapidement et s'accompagnent d'un trouble fébrile continu ou même de symptômes cérébraux. Il survient également parfois une pneumonie dans le cours de cette maladie qui, presque sans exception, se termine fatalement.

Dans quelques cas, la morve, à son début, ressemble à la variole; et il arrive souvent qu'un malade atteint de la première affection est d'abord considéré comme souffrant de la dernière; les éruptions de ces deux maladies ayant en réalité une grande analogie et étant parfois confondues par des médecins inexpérimentés ou qui n'ont fait qu'un examen superficiel. En outre, les douleurs lombaires et les symptômes cérébraux peuvent se rapporter à l'une comme à l'autre. Mais l'observateur attentif sera toujours empêché de confondre la morve avec la petite vérole, par la présence de taches circonscrites plus étendues (le siége de l'exsudation inflammatoire due à la dermatitis phlegmoneuse), et de l'hémorrhagie très-diffuse dans la peau, donnant à certaines parties de l'enveloppe cutanée l'aspect d'une palette de couleurs analogue au caméléon.

Les altérations nécroscopiques sont également différentes dans ces deux maladies. Comme on le sait, les pustules de la variole persistent après la mort; elles paraissent affaissées et enfoncées dans le tissu cutané, remplies d'un liquide vert jaunâtre et uniformément disséminées sur toute la surface du corps, et l'on trouve la peau saine dans les espaces intermédiaires. Dans la morve, les taches jaunes ou livides décrites ci-dessus restent les mêmes sur le cadavre et présentent le même aspect que sur le vivant. Mais en général on n'aperçoit aucunes pustules, celles qui existaient antérieurement ayant à ce moment disparu. Toutefois, dans la morve, on voit survenir immédiatement après la mort de larges taches livides, comme du reste après toutes les maladies dans lesquelles la décomposition a lieu rapidement. Quand on incise les plaques qui sont le siége de l'infiltration, on les trouve remplies d'une grandequan-

tité de sang noir. La membrane muqueuse du pharynx, des fosses nasales et du larynx est aussi invariablement affectée dans cette maladie.

On croyait autrefois que la morve ne se développait chez l'homme que lorsqu'il avait été *mordu* par des chevaux atteints de cette affection. Mais dans le cours de ces dernières années il a été prouvé d'une manière incontestable qu'un individu peut contracter la morve simplement en habitant et couchant dans une écurie qui renferme des chevaux atteints de cette maladie, ou en ayant disséqué les cadavres de ces animaux. En effet, on observe que la morve se communique ainsi dans la plupart des cas, et que sa transmission par morsure est comparativement beaucoup plus rare.

Toutefois, quoiqu'il ne puisse en aucune manière être question que cette affection soit occasionnée uniquement par le transport d'un principe contagieux spécial de l'animal à l'homme, il n'est pas encore possible, dans tous les cas, de déterminer exactement la voie par laquelle se produit l'infection, et la preuve de ce fait devient toujours la plus grande difficulté, parce que, comme personne ne l'ignore, la morve ne peut pas se propager plus loin dans l'espèce humaine et ne se transmet jamais d'un homme à un autre (1).

2° Une autre maladie d'une nature semblable est celle à laquelle certaines personnes sont spécialement exposées, telles que les anatomistes, les chirurgiens, les vétérinaires, les aides d'anatomie, les bouchers, les équarisseurs et autres. Elle est causée par l'absorption de matières animales en putréfaction par des plaies ou même par la peau non entamée (notamment aux mains), amenant le développement de diverses maladies cutanées semblables à celles que je viens de décrire. Ces affections sont désignées par les auteurs allemands sous le nom de Leicheninfections-Pusteln (2).

Dans quelques cas, cette maladie consiste simplement dans la formation, sur la surface des mains, de plusieurs pustules (ou bulles rem-

(1) Contrairement à l'assertion de M. le professeur Hebra, il existe des exemples de la transmission de l'homme à l'homme. Il s'en est produit un entre autres à l'hôpital Necker, à Paris, dans le service de M. Bérard, sur un externe qui soignait un morveux. Toutes les analogies, du reste, ne sont-elles pas en faveur de cette manière de voir.

Il ne faut pas croire non plus que la communication de la morve puisse se faire comme celle de la rage, la salive du cheval morveux n'est pas contagieuse. La plaie produite par une morsure ne pourrait donc servir à la transmission de la maladie qu'autant qu'elle serait d'autre part en contact avec le jettage de l'animal morveux. C'est, dans tous les cas, un procédé rare. (A. D.)

(2) Le docteur Wilks a proposé le nom de *Verruca necrogenica* pour une autre affection cutanée tenant à cette cause. Peut-être le terme de « pustule nécrogénique » pourrait-il s'appliquer à la maladie décrite dans le texte, et qui ne paraît avoir reçu aucun nom spécial dans ce pays. (*Note du traducteur anglais.*)

plies de pus) du volume d'une lentille. Ces pustules sont situées exactement autour des orifices des follicules pileux et chacune d'elles, en conséquence, est traversée par un poil.

Elles subissent quelquefois une évolution simple et ne sont suivies d'aucun résultat fâcheux. Mais, dans d'autres circonstances, la rougeur et la tuméfaction s'étendent rapidement de ces pustules aux parties adjacentes de la surface cutanée, suivant le cours des vaisseaux; en d'autres termes, on reconnaît immédiatement les signes caractéristiques de la phlegmasie des vaisseaux lymphatiques. Quand il en est ainsi, des pustules et des abcès se forment souvent le long du trajet des vaisseaux lymphatiques enflammés, et les glandes, où ils aboutissent, deviennent volumineuses, douloureuses et suppurent. En outre, le tissu connectif environnant est également envahi par ce processus morbide, et une perte très-considérable de substance résulte de sa mortification; de sorte qu'un état dangereux pour la vie du malade peut même se manifester par la réaction de l'organisme sympathiquement ébranlé.

En réfléchissant à la nature de ces inflammations cutanées déterminées par des poisons animaux, il est facile de concevoir que, outre les symptômes déjà mentionnés, il peut en survenir plusieurs autres dont il est impossible de donner une description exacte, et qui offrent seulement une ressemblance générale avec ceux que j'ai décrits comme se produisant dans la furonculose et dans la morve. Ainsi, on peut avoir affaire à la plus simple dermatitis circonscrite ou à une tuméfaction érysipélateuse très-étendue : il peut survenir seulement de petits foyers de suppuration ou se former de très-vastes excavations qui donnent issue à une quantité considérable de pus de mauvaise nature; il peut se produire une exfoliation légère de la surface des os, et par exemple toutes les phalanges se nécroser. D'ailleurs entre ces formes extrêmes il se rencontre de nombreux états intermédiaires, qu'il serait impossible autant qu'inutile de décrire en détail; car il suffit de reconnaître la *cause* de la maladie et d'avoir sa *nature* constamment devant les yeux.

L'expérience enseigne que pour l'absorption des poisons animaux qui engendre ces maladies, il n'est pas toujours nécessaire que l'épiderme soit lésé. J'ai malheureusement eu de fréquentes occasions (dans l'École d'anatomie pathologique et l'Institut vétérinaire ainsi que dans des cas d'opérations chirurgicales faites sur des cadavres) de m'assurer que ces affections surviennent souvent indépendamment de toute blessure antérieure, quoique, sans aucun doute, elles soient,

dans la plupart des cas, facilitées par l'existence de quelque lésion. Ainsi, l'absorption du poison cadavérique a souvent eu lieu chez des personnes atteintes d'eczéma ou de quelque autre maladie de peau, et elle se produit notamment quand ceux qui ont pratiqué des autopsies ou fait de la médecine opératoire sur le cadavre manquent de précautions, négligent de se laver souvent et laissent les liquides cadavériques se dessécher sur leurs mains.

3° L'affection connue sous le nom de *pustule maligne* ne diffère à aucun égard de celles que je viens de décrire, excepté que, au début de la maladie, il existe une seule bulle qui est remplie d'un liquide séreux et dont la base est le siége d'une hémorrhagie. Cette bulle apparaît dans la plupart des cas sur le dos de la main ou du moins sur quelque point du membre supérieur et constitue un centre d'où la rougeur et l'inflammation se propagent aux parties contiguës. Immédiatement après survient l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et les ganglions se tuméfient. Le point primitivement affecté devient alors gangréneux, la gangrène restant quelquefois circonscrite, tandis que dans d'autres circonstances elle s'étend aux tissus voisins, détruisant les muscles et les tendons ainsi que la peau sur une étendue plus ou moins considérable. Même dans des cas favorables dans lesquels, au lieu de la maladie se terminant d'une manière fatale, la gangrène cesse de s'étendre et les eschares se détachent, il reste toujours après la guérison de profondes cicatrices.

J'ai encore à indiquer certaines affections épidémiques dans lesquelles surviennent des altérations semblables à des furoncles et à des anthrax et qu'on a décrites sous les noms d'*Anthrax malignus Sibiricus*, *Esthonicus*, *Bothnicus*, *Hungaricus*; *Pyrophlyctis endemica*; *Bouton d'Alep*, etc. Mais, comme je ne possède aucune connaissance basée sur une observation personnelle de ces maladies, je renverrai simplement le lecteur aux ouvrages ou journaux dans lesquels on en a fait la description. Voyez *H. Fuchs*, « Die krankhaften Veränderungen der allgemeinen Decke », Göttingen, 1840, p. 292. *Rayer*, « Traité théorique et pratique des maladies de la peau ». Paris, 1835, 2e édition, t. III, p. 844. *Alibert*, « Sur la Pyrophlyctide endémique » (Revue médicale), 1829, p. 62. *Pruner*, « Die Krankheiten des Orientes, etc. » Erlangen, 1847, p. 144. *Rigler*, « Die Türkei und deren Bewohner ». Wien, 1852, B. II, p. 68.

Voyez aussi « la Gazette médicale », 1854, t. IX, n° 14, p. 200, 228, 252. « Mémoire sur le Bouton d'Alep », par le docteur *A. Willemin*. *Polak* (Leibarzt der Schahs von Persien) « offenes Sendschreiben an

professor Hebra in Betreff des Bouton d'Alep », in der « Wiener Allg. med. Zeitung », 1860, n° 48.

TRAITEMENT.

La *dermatitis phlegmoneuse* présente, par rapport à son traitement, deux indications distinctes. En premier lieu, on doit chercher à agir contre la cause de l'affection inflammatoire de la peau, qu'elle tienne à une dyscrasie constitutionnelle ou simplement à un désordre local. En second lieu, il faut s'efforcer de ramener à leur état normal, aussi rapidement et avec aussi peu de perte de substance que possible, les parties de la peau qui sont le siége des altérations pathologiques.

On satisfera à la première indication par l'administration des remèdes dont l'expérience nous a démontré qu'ils ont le pouvoir de prévenir l'apparition de ces maladies, ou même d'enrayer leur tendance à la récidive. On répond mieux à la seconde indication par l'emploi de certaines applications locales très-connues.

Je commencerai par parler de ces dernières en rappelant tout d'abord que notre principal but doit toujours être de limiter autant que possible le processus inflammatoire et de diminuer la tension et les tiraillements auxquels sont soumises les parties molles, et par conséquent qu'il est convenable d'avoir recours, dans ces cas, à un traitement antiphlogistique.

Ainsi j'applique sur les furoncles, selon leur nombre et leur volume et le degré de souffrance qu'ils occasionnent, soit des compresses trempées dans de l'eau froide, soit des vessies remplies de glace, soit même des mélanges réfrigérants composés de deux parties de glace et d'une de sel (1).

(1) Une mixture réfrigérante, abaissant la température à 3° Fahr. (16° c. 11), peut être préparée en mélangeant rapidement ensemble, dans un vase en terre vernie, de la glace finement pulvérisée avec du sel commun dans la proportion indiquée ci-dessus. On place ce mélange dans un sac de mousseline maintenu ouvert à l'aide d'un anneau, de manière que l'eau qui se forme puisse s'écouler immédiatement et que le froid soit constamment maintenu. On l'applique sur la surface malade pendant environ dix minutes ou du moins jusqu'à ce que la peau devienne blanche, dure et presque insensible. Une autre méthode consiste à toucher toutes les secondes la partie affectée avec le sac contenant le mélange réfrigérant jusqu'à ce que l'effet désiré soit produit. Quand on a atteint ce résultat, on se borne à recouvrir le furoncle de compresses trempées dans de l'eau froide glacée. On peut recourir à ce mode de traitement pour toutes les autres formes d'inflammation phlegmoneuse de la peau aussi bien que pour les furoncles, pendant leur première période et même après la formation du pus. En outre, chez des personnes très-impressionnables on peut l'employer pour produire une anesthésie locale quand il devient nécessaire d'ouvrir un abcès consécutif ; car ces applications rendent la peau tellement insensible que ni l'incision ni la pression nécessaire pour faire sortir le pus ne déterminent de douleur.

Il est vrai qu'on ne peut pas toujours, par l'application du froid, prévenir la formation du pus; mais sa quantité est du moins réduite au minimum, la douleur notablement diminuée et la terminaison de la maladie plus prompte.

On peut avoir recours à cette méthode de traitement dans des cas d'anthrax au premier degré ; mais il ne faut employer le froid, dans cette affection, que tant que son application est bien supportée par le malade. En outre, il faut avoir soin, selon les circonstances, de pratiquer une simple incision ou des incisions cruciales ou plusieurs incisions dans diverses directions sur la peau gangrénée ainsi que dans le tissu aréolaire sous-jacent qui est traversé de nombreux points de suppuration.

Ceux qui ont l'habitude de traiter suivant la méthode ordinaire les furoncles et les anthrax dès leur début à l'aide de fomentations chaudes et de cataplasmes, refuseront peut-être leur assentiment à ma méthode antiphlogistique jusqu'à ce qu'ils en aient fait l'essai sur eux ou sur des malades intelligents (1). Une circonstance particulièrement favorable pour l'essayer se présente chez les personnes qui ont été antérieurement affectées de furoncles et qui ont été soignées d'après l'ancien procédé. Dans l'intention de comparer ces deux méthodes thérapeutiques, je les ai souvent employées simultanément chez des individus ayant plusieurs furoncles, et j'ai toujours constaté que les malades préféraient l'application du froid et le trouvaient plus agréable. Du reste, la délimitation du processus inflammatoire et la marche plus rapide de la maladie qu'on observe quand on a recours à cette médication déposent en faveur de la même conclusion.

J'ai cherché à vérifier pendant plusieurs années l'application de ces principes dans toutes ces maladies, y compris les inflammations phlegmoneuses les plus étendues et même la pustule maligne, l'affection produite par le virus de la morve et celle qui résulte du poison cada-

(1) On comprendra facilement que l'auteur qui condamne toute précaution employée pour garantir les convalescents de rougeole ou de scarlatine contre les refroidissements, passe complétement sous silence les dangers pouvant résulter de la *répercussion* de l'éruption furonculeuse. La médecine française ne paraît pas disposée à suivre dans cette voie les errements de l'Allemagne. Pour nous, adoptant la division même du professeur Hebra, nous abandonnerions volontiers à l'essai de réfrigération les furoncles de sa première classe, ceux qui dépendent d'une cause irritante locale, externe. Mais quant à ceux qui sont sous la dépendance d'une dyscrasie, nous sommes bien placé, à Lyon, pour être plus réservés à leur égard; car nous nous souvenons encore de l'un des nôtres d'un confrère éminent entre tous, le professeur Bonnet (de Lyon), dont la mort prématurée fut certainement hâtée, au jugement de ceux qui le connaissaient le mieux, par des bains froids qu'il prit sans ménagement dans le cours d'une éruption furonculeuse. (A. D.)

vérique. Mais on comprend bien que je ne puis promettre pour l'application du froid, dans ces cas, d'autres résultats favorables que de limiter l'inflammation à la partie affectée. Je sais parfaitement bien que ce traitement n'a nullement le pouvoir d'éloigner la cause de la maladie.

Par exemple, dans la *furonculose*, quand de nouveaux clous font incessamment leur apparition, on peut par ce mode de traitement atténuer les symptômes locaux; mais il est impossible par aucune médication de prévenir le développement de nouveaux furoncles sur d'autres points. Je dois, pour ma part, confesser que, quoique dans un grand nombre de ces cas j'ai essayé toute espèce de remèdes, je n'ai pas encore été assez heureux pour en rencontrer un ayant le pouvoir d'empêcher les récidives.

Parmi les médicaments qu'on a vantés comme possédant cette propriété, sont les purgatifs végétaux et minéraux, ceux appelés *hœmato-cathartiques* (comme, par exemple, la décoction de salsepareille), et les toniques et *antidyscrasiques* (tels que la quinine). Mais, dans la plupart des cas, on est déçu dans ses espérances et l'on fera bien, au lieu de placer sa confiance dans ces remèdes, de soumettre le malade à un examen minutieux dans le but de s'assurer s'il n'existe pas quelque autre état morbide en même temps que la tendance à la formation des furoncles.

Je saisis cette occasion d'insister encore sur le fait que la furonculose survient souvent chez les personnes dyspeptiques, et elle est aussi fréquente chez les individus qui habitent des appartements mal aérés. Si alors le malade est affecté d'éructations, de cardialgie et autres symptômes de dyspepsie, on doit en premier lieu s'efforcer de combattre ces troubles à l'aide d'anti-acides ou de substances amers, comme le *Trifolium fibrinum* (trèfle d'eau ou ményanthe), la *teinture de noix vomique* ou le sulfate de zinc, après l'emploi desquels la formation des furoncles cessera spontanément. La méthode qui m'a semblé donner les meilleurs résultats, ce sont les eaux chargées d'acide carbonique (comme le soda water ordinaire) ou celles contenant de faibles quantités de sulfate de soude, comme, par exemple, les eaux de Marienbad, Franzensbad ou Carlsbad. En effet, il est convenable d'envoyer les malades affectés de furonculose chronique à l'une ou l'autre de ces sources; car il est essentiel que ces personnes vivent dans un air frais et sain, et habitent des endroits où elles puissent en même temps se soustraire à leurs occupations habituelles et être obligées de changer leur genre de vie.

Quant aux bains que les médecins ont l'habitude de recommander dans ces cas, j'ai appris par expérience qu'on ne doit, froids ou chauds, les employer qu'avec précaution et à des intervalles éloignés. En effet, il importe d'éviter toute espèce d'irritation locale de la peau : un excitant qui chez un individu sain provoquerait seulement une légère éruption de sudamina ou un eczéma de peu d'importance peut déterminer une éruption furonculeuse chez les personnes qui y sont prédisposées. Mais je proteste surtout contre l'emploi des bains de vapeur, des douches fortes et aussi contre la pratique du massage, car tous ces moyens ne peuvent que favoriser l'apparition des furoncles.

De plus, je dois prémunir mes confrères contre les suites de l'application d'agents *ectrotiques* dans les affections locales occasionnées par le poison cadavérique, le virus de la morve ou les matières animales en décomposition. Puisqu'ici il est impossible d'enrayer la maladie par la destruction du foyer primitif de l'infection et d'éliminer ainsi le poison, l'emploi des caustiques ne fait qu'augmenter la douleur sans abréger en rien la durée de la maladie.

CHAPITRE XV

LES PHLYCTÉNOSES.

IVe Classe. — Dermatoses exsudatives, aiguës, non contagieuses.

I. — Herpès.

En essayant de donner une relation historique de l'herpès (dans le sens que Willan attachait à ce mot, et qu'on lui applique en général aujourd'hui), je rencontre des difficultés presque insurmontables. Car autrefois le terme ἕρπης servait à désigner des affections de diverses espèces, différant complétement de celles que l'on connaît aujourd'hui sous ce nom. Ainsi Hippocrate (1), sans admettre les herpètes à titre de maladies distinctes, les décrit simplement comme des exanthèmes

(1) « De Affect. liber, sect. v », Epidem. 3, sect. 3.

critiques, purifiant le corps, et dont les caractères distinctifs sont d'être superficiels et de s'étendre vers la périphérie. Celse (1) mentionne l'herpès sous le titre de θησίωμα, mais n'en donne aucune définition. Le chapitre suivant de son ouvrage, qui traite de l'*Ignis sacer*, est en général considéré comme se rapportant au Zoster; mais cette opinion ne repose que sur le passage « fit maxime in pectore, aut lateribus ». Scribonius Largus (2) (43 A. D.) emploie fréquemment le mot Zona pour désigner l'ἕρπης des Grecs. Son contemporain Pline (3) comprend par Zona une affection cutanée aiguë, accompagnée de la formation de bulles, occupant principalement les lombes et l'abdomen, mais se rencontrant aussi sur toutes les autres régions du corps. Il le décrit comme étant limité à une moitié du tronc, et comme ayant une terminaison fatale quand il entoure complétement le corps du malade.

Galien (4) applique le terme d'herpès à ces ulcères cutanés dont l'action destructive est limitée à la surface. Il divise la maladie en trois classes (ἕρπης κεγχρίας, ἐσθιόμενος et φλυκταινώδης). La première (l'*herpes miliaris*) est la seule qui présente une ressemblance éloignée avec notre herpès, car elle est accompagnée d'une éruption pustuleuse. Galien lui-même se trouve en défaut quant au diagnostic de cette affection, cela résulte évidemment d'un autre passage (« Meth. med. », lib. IV), où il dit « Herpes non semper ulcus est ».

Ces définitions des auteurs grecs et romains prévalurent pendant plusieurs siècles, et furent acceptées par les médecins arabes Rhazès et Avicenne, qui admettaient deux espèces d'herpès, l'*H. miliaris* et l'*H. corrosiva s. formica*.

Actuarius (5) attribue aux termes herpès et ignis une même origine. Il dit : « Herpes dicitur eo quod videatur ἕρπειν (quod est serpere per summam cutem), modo hanc ejus partem, modo proximam occupans, quod semper, priore sanatâ, propinqua ejus vitium excipiat : non secus quam ignis, qui proxima quæque depascitur, ubi ea quæ prius accensa erant, deficiente jam materiâ idoneâ, prius quoque extinguuntur ».

Parmi les écrivains du moyen âge, je dois citer Gorræus (6), qui mentionne le zoster comme une espèce d'herpès, et dit : « est autem zona ignis sacri species, quæ medium ambit cingitque. Dicitur alio

(1) « Lib. V », cap. XXVIII, 3.
(2) « De Comp. Med. », 62, 63, lib. III.
(3) « Hist. nat. », lib. XXVI, cap. II.
(4) Comm. I, in Aphor. 55, sect. 6.
(5) T. 1283, « Meth. Med. », lib. II, cap. XII.
(6) « Def. Medic. », lib. IV. Francof., 1578, p. 156.

nomine ζωστηρ ». D'un autre côté, son contemporain Fernelius (1) applique la dénomination *Herpes miliaris* à une éruption consistant en papules et en pustules; tandis qu'il parle d'un *Herpes exedens* comme donnant naissance à des ulcères. Ainsi, en déterminant et définissant la maladie, il part d'un point de vue essentiellement différent. Quelques écrivains du XVIIe siècle (Mercurialis, Sennertus) ne font aucune mention du mot herpès et ne décrivent même pas l'affection sous quelque autre nom. La définition donnée par Lorry (2) dans le XVIIIe siècle est la première qui corresponde à l'idée que nous nous faisons de l'herpès. Après avoir fait allusion en termes de désapprobation à l'ancienne pratique qui comprenait sous le nom d'herpès et les ulcères chroniques susceptibles de s'étendre et les affections inflammatoires de la peau, il le définit dans les termes suivants :

« Solitaria vulgo nascitur una herpetis miliaris areola, cute cæteroquin integra, limbo rubello distincta. Pustulae emicant vulgo sero repletæ sub ipsa epidermide aggregatim compositæ, interstitia replent lemæ epidermidis quæ areolam faciunt asperam. Inest major quam pro malo exoriri debere videretur cruciatus, sed mox et paucarum horarum intervallo subnascitur altera pustularum agglomeratio, quam aliæ mox confertim adnatæ per plurium dierum spatium excipiunt ».

Plenk (3) donne une description très-différente de l'herpès, qu'il décrit ainsi : « Est papularum chronicarum ichoroso-squamosarum semper ulterius serpentium agmen ». Il admet six espèces de son Herpes ou Serpigo : *H. simplex* (prurigo?), *H. exedens* (lupus?), *H. miliaris* (acné?), *H. pustulosus* (impétigo?), *H. syphiliticus*, et *H. spurius* (eczéma artificiel?), et il mentionne aussi un *H. perisceles*, un *H. collaris*, un *H. cerdonum*, et un *H. a tactu toxicodendri*. Ainsi il accouple des affections chroniques de la peau qui sont complétement différentes, et les étiquettes arbitrairement comme des variétés de son genre herpès. Il mentionne le zona ou zoster dans sa première classe des macules dans les termes suivants : « Sunt vesiculæ pisiformes discretæ, atrorubræ, non raro confluentes, intense prurientes et dolorificæ, quæ instar zonæ seu cinguli ad manus latitudinem pectus vel aliam partem circumdant. »

Cette très-exacte définition était étendue par Willan, *mutatis mutandis*, à un nombre considérable d'affections de la peau. Il dit que c'est une éruption douloureuse, suivant une marche aiguë et consis-

(1) « Universa Medicina ». Francof., 1592, p. 341.
(2) « Tract. de Morbis Cutaneis », p. 294.
(3) Loc. cit., p. 61.

tant en vésicules de la grosseur d'un pois, qui survient non-seulement dans le zoster, mais aussi sur la figure (notamment sur la partie rouge des lèvres), sur le prépuce et les organes génitaux, et, ultérieurement, que les membres et le tronc peuvent être le siége de vésicules réunies par groupes ayant une forme circulaire spéciale. Partant de là, Willan, et Bateman, le continuateur de son ouvrage, distinguèrent les variétés suivantes de l'herpès : 1° *H. phlyctænodes*, 2° *H. zoster*, 3° *H. circinatus*, 4° *H. labialis*, 5° *H. præputialis*, 6° *H. iris*. Les descriptions données par ces auteurs des variétés de la maladie furent cause qu'on mit de côté les définitions primitivement vagues et inexactes, et que l'herpès fut constitué comme un genre divisé en espèces.

Quelques-unes de ces espèces, telles que l'*H. labialis* et l'*H. zoster*, ont en effet été mentionnées dans les plus anciens traités. Mais d'autres, et notamment l'*H. circinatus* et l'*H. iris*, paraissent avoir été d'abord établis comme des formes spéciales de maladie par les observations de Willan. Du moins, il m'a été impossible de trouver dans quelque ouvrage antérieur une description ou un dessin de cette affection. On peut, en conséquence, dire avec raison que Willan a le premier établi la définition de l'herpès sur une base solide, en limitant l'emploi de ce mot à une affection aiguë particulière suivant une marche typique.

Les contemporains de Willan et les écrivains ultérieurs l'ont en général imité dans sa description de l'herpès ; mais il en est qui ont contesté cette manière de voir. Parmi ceux-ci, je dois mentionner principalement Alibert. Ce dermatologiste, dans chacun de ces deux systèmes, a fait de ce qu'on appelle « Flechtenübel » un genre spécial, auquel il donna le nom de *Dartres*. Dans sa première classification, elle constitue la troisième classe de dermatoses, et comprend sept espèces. Ce sont : 1° l'*H. furfuraceus*, composé de deux variétés — l'*H. f. volitans*, et l'*H. f. circinatus* ; 2° l'*H. squamosus* qui est ensuite subdivisé en quatre variétés — l'*H. s. madidans*, l'*H. s. orbicularis*, l'*H. s. centrifugus*, et l'*H. s. lichenoides*. (Ces affections correspondent toutes plus ou moins exactement à la définition moderne de l'*eczéma*.) 3° l'*H. crustaceus*, comprenant l'*H. c. flavescens*, l'*H. c. procumbens*, et l'*H. c. musciformis*. (Ces dernières se rapportent en partie aux eczémas, en partie aux dermatoses appelées impétigineuses). 4° L'*H. exedens*, qui est encore divisé en *H. e. idiopathicus*, en *H. e. scrophulosus* et en *H. e. syphiliticus*. (Elles se rattachent, soit au lupus, soit aux affections syphilitiques). 5° L'*H. pustulosus*, comprenant la *mentagra* et la *gutta rosea*, ainsi que les *comedones* et l'*acné*, qui sont décrites comme *H. p.*

miliaris, et *H. p. disseminatus* ; 6° l'*H. phlyctœnoides*, à propos duquel il décrit un *H. p. confluens*, affection de la peau rare et complétement inconnue, et aussi un *H. p. zoniformis*, qui ressemble à ce qu'on connaît comme zona ou zoster ; 7° l'*H. erythemoides*, comprenant un *H. e. urticatus* qu'il faut peut-être considérer comme correspondant aux formes ordinaires de l'érythème, ou à l'*E. papulatum* et à l'*Urticaire*.

Tous ceux qui ont la moindre notion des exigences de la dermatologie comprendront à première vue qu'Alibert éprouva de grandes difficultés à grouper ensemble plusieurs maladies distinctes, aiguës et chroniques, locales et générales, idiopathiques et constitutionnelles, en les réunissant dans une seule classe sous le nom d'herpès. Aussi cette classification, au lieu de simplifier le diagnostic des dermatoses, y introduisit une confusion.

Dans le dernier système d'Alibert, les « Dartres » ou Herpetes » forment le quatrième groupe. Il comprend également un plus petit nombre de maladies, car il se compose de quatre subdivisions dont une seule a reçu le nom d'herpès (*Dartres ordinaires* des Français). Cette dernière, toutefois, fut ultérieurement divisée en *H. furfuraceus* (comprenant l'*H. volaticus* et l'*H. circinatus*, ce dernier étant synonyme de ce que les Anglais désignent sous le nom de « ringworm » et les Allemands sous celui d'*H. tonsurans*), et en *H. squamosus* (comprenant l'*H. madidans*, *orbicularis*, *centrifugus* et *lichenoides*). Il s'efforça ainsi de mettre entièrement de côté la définition de l'herpès qui avait été récemment posée par Willan.

Alibert, en effet, se montra particulièrement violent dans son opposition à l'emploi du mot herpès dont s'était servi Willan. Il accusa le dermatologiste anglais d'avoir fait disparaître son ancienne dénomination et de lui en avoir donné une nouvelle, changement dans lequel il ne voyait aucun avantage, et qu'il caractérisait comme malheureux. Mais la plupart de ses contemporains et de ses successeurs acceptèrent la définition de Willan et bientôt il ne resta à Alibert aucun partisan pour l'emploi de ce mot.

Aux affections appelées par Willan *H. phlyctœnodes*, *circinatus*, *labialis*, et *prœputialis*, Alibert donna le nom d'*Olophlyctis*. Il les rangea sommairement au nombre des formes d'eczéma. Ainsi il décrivit un *Olophlyctis miliaris*, une affection d'un caractère annulaire, apparaissant sur le tronc et les membres, mais n'ayant pas un siége très-défini. Selon Alibert, elle correspond à l'*H. circinatus* et *iris* de Willan et Bateman. Il mentionna également un *O. volatila*, synonyme de *feu des dents*, *feu volage des enfants*, de *ignis sylvestris* et de *Strophulus volaticus*

de Willan ; un *O. prolabialis* et un *O. progenitalis*, qui paraît le même que l'*Herpes labialis* et l'*H. præputialis* de Willan ; et enfin, un *O. hydroica*, qui répond en partie à l'hydroa des auteurs grecs, en partie à l'affection connue sous le nom de sudamina.

Ainsi que je l'ai déjà dit, la classification d'Alibert ne fut pas même acceptée dans son propre pays, soit par ses contemporains, soit par les auteurs qui l'ont immédiatement suivi. L'usage du mot Herpès, introduit par Willan, fut adopté même par Biett, et il a été depuis lors accepté par Rayer, Cazenave, Schedel, Gibert, Chausit, Duchesne-Duparc, en France ; par Plumbe, A. T. Thomson, Er. Wilson, Jon. Green, Fox, et Hillier, en Angleterre ; enfin, par Riecke, Simon, et moi-même en Allemagne.

Plusieurs, toutefois, des premiers et même des plus modernes dermatologistes ont rejeté la nomenclature de Willan, et ont, soit préféré revenir à la définition de l'herpès donnée par les anciens auteurs grecs, soit tâché de composer eux-mêmes des définitions applicables à leurs différentes formes. Ainsi, parmi les Allemands, Joseph Franck désigne cette maladie, tantôt par le nom de Hitzbläschen ou « Fieberbläschen » (1) (*Herpes labialis*), tantôt sous le titre de « Flechten » (2), tantôt enfin comme une affection séparée qu'il appelle Zoster (3), et qu'il décrit comme entièrement distincte des autres variétés d'herpès.

En outre, Fuchs fait une division arbitraire des affections décrites par Willan sous le nom d'herpès. Il en comprend quelques-unes dans sa famille des « Eczematosen » ; appartenant à la classe des « Dermatonosen » ; et il les désigne sous le nom d'*H. miliaris s. phlyctænoides* et *H. figuratus*. Il énumère également dans le même chapitre, comme variétés, l'*H. circinatus* et l'*H. Iris*. Mais il parle du Zoster comme d'une maladie distincte, le classant dans les « Dermexanthesen », le 3e ordre de sa 23e classe les « Erysipelatosen ».

De Bärensprung pense que le mot herpès, à proprement parler, se rapporte seulement à une affection parasitaire de la peau, qui a de légitimes prétentions à ce titre par sa forme annulaire, et par son caractère rampant (kriechend) et qu'on distingue ultérieurement parce qu'elle est transmissible d'un malade à un autre. Ainsi, il pense qu'il faudrait limiter l'usage de ce mot à l'*H. circinatus*, le ring-worm des auteurs anglais, le *porrigo scutulata* de Willan, l'*herpes tonsurans* de Cazenave. Il place dans une espèce distincte, à laquelle il donne le nom

(1) *Op. cit.*, Band III, S. 9.
(2) *Ibid.*, p. 137.
(3) *Ibid.*, Band II, S. 618.

de Gürtelkrankheit, le Zoster, l'*H. labialis* et l'*H. præputialis* (qui lui sont associés).

Outre les descriptions du Zoster qu'on peut trouver dans quelques-uns des plus anciens livres de médecine (comme celui de Mehlis (1)), cette affection a durant ces dernières années été décrite par plusieurs écrivains de mérite, et notamment par de Bärensprung (2), Joswich (3), Gerhardt (4), Singer (5), Romberg et Heusinger. L'*herpes tonsurant*, comme Cazenave l'appelle, avait été décrit par Plumbe et Mahon; et plus récemment Malmsten, Gruby, Bazin, Köbner (6), en ont donné ainsi que moi-même (7) des descriptions complètes.

Si l'on jette un regard sur l'étude historique de l'herpès rapportée ci-dessus, on voit que ce mot a été employé dans trois sens bien différents. Premièrement, on s'en est servi comme d'un terme générique des affections chroniques de la peau prises en bloc, ou, comme on les désignait, Flechtenübel, Dartres, Tetters, Erpeti, etc. En second lieu, on l'a appliqué à une maladie cutanée aiguë, accompagnée de la formation de vésicules, et occupant des régions spéciales du corps. Dans ce cas, il est employé comme un terme générique, comprenant plusieurs variétés, parmi lesquelles est le zoster. Troisièmement, on s'en est servi pour désigner une affection causée par le développement d'un parasite végétal, et ayant l'aspect de taches écailleuses rouges, ou de groupes de vésicules et de cercles, ou encore déterminant la chute des poils; cette dernière variété est celle qu'on connaissait autrefois comme « Tinea tondens », et qui a été appelée par Willan « Porrigo scutulata », par d'autres auteurs anglais « Ringworm », par Gruby « Rhizophito-alopecia », par Köbner « Mycosis tonsurans », par Bazin « Teigne tonsurante », et par Cazenave « Herpes tonsurans ». Malmsten a donné au parasite végétal trouvé dans cette maladie le nom de *Trichophyton tonsurans*.

Cette multiplicité de dénominations n'est certainement d'aucun avantage en dermatologie; et l'on ne peut s'empêcher de remarquer que Willan et Cazenave auraient pu facilement choisir différents noms pour les affections qu'ils ont décrites. Mais comme ils n'avaient pas

(1) « Commentatio de Morbis Hominis dextri et sinistri ». Göttingen, 1818.
(2) « Die Gürtelkrankheit ». Berlin, 1861.
(3) « De Zoostere ». Hallæ, 1852.
(4) « Jen. Ztschr. », II, 3, 1865.
(5) « Allg. Wien. Med. Zeit. », 1858, p. 209.
(6) « Klinische Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie ». Erlangen, 1864; Mycosis tonsurans, p. 6.
(7) « Ztschrft. der k. k. Gesellschaft d. Aerzte », 10, Jahrgang, 2 Band, p. 473.

adopté cette méthode, il me paraît plus convenable de s'en tenir à l'emploi des appellations qui ont été établies, plutôt que d'introduire toujours une nouvelle confusion dans la nomenclature médicale en y créant de nouveaux mots.

Pour cette raison, j'adopte la définition de l'herpès donné par Willan, et je comprends sous ce nom une maladie de la peau, présentant les caractères suivants : — *Elle est bénigne, a une marche aiguë, et est accompagnée de la formation de papules miliaires, disposées en groupes, et en général se transformant en vésicules et en pustules de la grosseur d'une lentille, ou même plus volumineuses. Elle n'est jamais disséminée sur des surfaces considérables de la peau, étant toujours au contraire limitée à certaines régions définies. Après une durée de quelques jours, pouvant même se prolonger jusqu'à quatre semaines, cette éruption se dessèche sous forme de croûtes minces qui laissent souvent des cicatrices après leur chute.*

Toutefois il est nécessaire de modifier dans une certaine mesure cette définition, selon le siége de la maladie. Suivant les diverses parties du corps qu'elle affecte, il y a des différences dans l'importance relative de ces symptômes, aussi bien que dans la manière dont les vésicules sont groupées, et dans le *type* de la maladie.

Pour cela, il est indispensable de diviser le genre herpès en plusieurs variétés, qui réclament chacune leur description séparée. En conséquence, je distingue les suivantes :

a. *Herpes labialis*, ou, comme je préfère l'appeler, *H. facialis*.
b. *H. præputialis*, ou mieux *H. progenitalis*.
c. *H. zoster*.
d. *H. iris* et *circinatus*.

Dans l'important ouvrage auquel j'ai déjà renvoyé, et qui n'a pas complétement obtenu l'attention dont il est digne, de Bärensprung insinue que les trois premières de ces variétés de l'herpès ne sont en réalité qu'une seule et même affection et qu'on devrait les comprendre sous le nom de zoster. Les raisons qu'il donne à l'appui de cette opinion sont, qu'on les rencontre toutes dans des régions fournies de nerfs particuliers, et que le développement des vésicules est chez tous dû à un état morbide du nerf. Quand ces vésicules occupent toute l'étendue de la région où se distribue le nerf affecté, il en résulte un *H. Zoster*. Il suppose que l'*H. labialis* est un *Z. facialis* incomplet (correspondant aux branches intra-orbitaire et mentale de la seconde et troisième divisions de la cinquième paire), et que l'*H. progenitalis* est un *Z. sacro-ischiadicus* et *sacro-genitalis* rudimentaire, dû à une condi-

tion pathologique des nerfs honteux inférieurs et des branches des nerfs pudiques, provenant du plexus sacré et se distribuant au pénis, au scrotum et aux lèvres.

Mais, quelque plausible que soit cette opinion et bien qu'elle repose sur des considérations anatomiques, elle ne me semble pas néanmoins complétement conforme aux observations cliniques. Aux yeux du médecin praticien, le diagnostic qui s'appuie sur une base anatomique d'une nature conjecturale n'a aucune valeur si les prévisions qu'on fonde sur cette base se trouvent opposées aux symptômes présentés par le malade. En déterminant la nature essentielle d'une affection, on n'attacherait certainement pas plus d'importance à ces simples caractères anatomiques qu'aux résultats de l'observation faite au lit du malade concernant son siége et sa distribution, sa marche, et les complications dont elle est accompagnée, — notamment si ces formes sont les mêmes à toutes les époques et dans tous les pays où la maladie se rencontre. En effet, pour le zoster, ce fut le clinicien qui appela l'attention de l'anatomiste sur le fait qu'il est accompagné d'une affection nerveuse spéciale ; et assurément on doit écouter l'opinion du premier par rapport à la relation entre le zoster et l'*H. facialis* et l'*H. progenitalis*, avant de nier l'existence propre de la dernière variété d'herpès indiquée.

Maintenant, l'observation clinique nous fournit de nombreux motifs de conserver les distinctions admises jusqu'à présent entre ces formes d'herpès. Parmi ces raisons sont les suivantes :

1° Dans l'*H. labialis* et l'*H. præputialis*, il est en général seulement un groupe, ou un très-petit nombre de groupes de vésicules ; tandis que dans le zoster, il n'en est ainsi que dans des circonstances très-exceptionnelles, plusieurs groupes se développant successivement.

2° Le zoster récidive rarement ; il survient en général une seule fois dans la vie d'un individu, tandis que dans l'*H. labialis* et l'*H. progenitalis*, la réapparition de la maladie est la règle.

3° C'est un fait bien connu que l'*H. labialis* se manifeste dans le cours des maladies fébriles ; on lui a même donné le nom d'*Hydroa febrilis*. D'où il résulte que cette affection paraît être symptomatique, et due à quelque maladie passée ou actuellement existante accompagnée ou non de fièvre ; tandis qu'on doit regarder le zoster comme le résultat d'un état morbide essentiel plus ou moins exactement limité à la région parcourue par un nerf cérébro-spinal particulier.

4° Des douleurs névralgiques précèdent l'éruption du zoster, l'accompagnent et persistent souvent pendant longtemps après sa dispa-

rition. On n'observe jamais ce symptôme dans l'*H. labialis* ou dans l'*H. præputialis*.

5° L'*H. labialis* et *progenitalis* ne sont pas en général unilatéraux, mais le plus souvent ils affectent les deux côtés, ou apparaissent sur la ligne médiane du corps. De Bärensprung (1) conteste la complète exactitude de cette remarque ; mais, d'après ce que j'ai observé, il est dans l'erreur sur ce point.

En outre, l'*H. iris* et l'*H. circinatus* ne devraient pas, à mon point de vue, être conservés comme espèces distinctes ; et je puis dire ici que le second n'est point identique avec l'*H. tonsurans* de Cazenave.

D'un autre côté, il m'est impossible d'admettre l'existence d'un *H. phlyctænodes* (Willan), ou d'un *H. squamosus* (Cazenave). Le premier est un zoster partiel, survenant principalement sur les membres ; le second est sans doute une forme maculeuse de l'*H. tonsurans*.

Je passe actuellement à la description des différentes variétés d'herpès ; et le premier, dans l'ordre anatomique, est l'*H. facialis*.

1. Herpes facialis, seu labialis. Hydroa febrilis (Olophlyctis d'Alibert).

Cet herpès peut survenir sur tous les points de la face. Il est certainement plus commun sur les lèvres, mais on le voit aussi sur le nez (et même sur la muqueuse nasale), les joues, le front, les paupières, la conjonctive oculaire, l'oreille externe (*H. auricularis*), les parties rouges des lèvres, les surfaces internes des joues et des lèvres, la muqueuse de la cavité auriculaire et celle du palais et du voile du palais, de la luette et même de la langue (*H. linguæ*). L'aspect de cette éruption, quand elle attaque la peau, diffère toutefois de celui qu'elle présente quand on l'observe sur les membranes muqueuses.

Il est évident, d'après ce que je viens de dire, que le nom d'*H. facialis* étant plus compréhensif, s'applique mieux à cette affection que celui sous lequel elle est généralement connue. Car il serait incontestablement étrange d'appeler une affection du *nez* ou du *front* un *H. labialis*.

Sur la surface cutanée, cette éruption consiste en vésicules distendues par un liquide claire comme de l'eau, et disposées en groupes.

Ces vésicules sont rarement nombreuses ; il n'existe en général qu'un petit nombre de groupes ; tous ceux qui, ordinairement, datent de la même époque subissent simultanément leurs modifications subséquentes. L'éclosion d'un *H. facialis* est souvent précédée par une sen-

(1) *Op. cit.*, p. 18.

sation de brûlure dans la partie, mais cette sensation disparaît à la fin quand les vésicules se sont complétement développées. Celles-ci ont elles-mêmes une courte durée; leur contenu devient rarement purulent, et se dessèche sous forme d'écailles brunes avec l'épiderme qui constitue l'enveloppe des vésicules ; et quand les croûtes tombent on trouve la peau sous-jacente ayant son aspect normal.

Sur les parties rouges des lèvres, les vésicules occupent une plus petite surface ; le liquide qu'elles contiennent n'est ni aussi clair ni aussi transparent ; en général, elles se réunissent et se dessèchent rapidement formant alors des croûtes brunes assez épaisses.

Dans la cavité buccale, cette affection présente certains caractères particuliers. L'évolution des vésicules ne va pas au delà de leur première période, car l'épithélium de la membrane muqueuse est là si délicat qu'il ne peut conserver que pour un temps excessivement court le liquide qui se forme au-dessous de lui. Aussi, dès que les vésicules sont déchirées, on aperçoit une quantité de points blancs, presque aussi larges que des lentilles, dus à l'état de macération de l'épithélium ; ou, si l'épithélium se détache, certaines excoriations superficielles indiquent les parties occupées primitivement par les vésicules.

La muqueuse buccale étant constamment lubrifiée par la salive et le mucus, il ne peut non plus s'y développer aucune croûte dans l'herpès pas plus que dans la variole; et après que les points blancs ou excoriations superficielles ont persisté pendant peu de temps, la partie revient à son état normal.

Les symptômes subjectifs auxquels les affections herpétiques de la bouche donnent naissance sont simplement ceux que produiraient des excoriations qui résulteraient de causes ayant détruit la surface de son enveloppe naturelle. Le malade se plaint d'une sensation de brûlure quand il parle, mâche quelque substance dure, fume du tabac, ou mange des aliments chauds, acides, très-salés ou fortement assaisonnés.

Quand cette maladie affecte la luette ou d'autres points du voile du palais, on peut la confondre avec une angine, par suite des sensations désagréables qui en sont la conséquence. D'un autre côté, l'herpès de la partie antérieure de la cavité buccale, et notamment des gencives et de la langue, peut être facilement confondu avec des aphthes.

Une affection herpétique de la peau de la face, des parties rouges des lèvres et de la muqueuse de la bouche survient quelquefois chez des sujets en parfait état de santé, c'est alors le seul état morbide qu'il soit possible de reconnaître chez eux ; mais, dans d'autres circon-

stances, cette éruption précède ou accompagne l'apparition d'une maladie fébrile ou non fébrile.

Maintenant, il est vrai que l'*Herpes facialis* apparaît plus fréquemment dans la fièvre intermittente, la pleurésie, la pneumonie, et certaines affections catarrhales, que dans d'autres maladies. Mais il n'est pas moins certain que cette éruption peut survenir dans le cours de divers états morbides, et même dans la fièvre continue (Typhus) (1). On a longtemps soutenu que, même quand tous les symptômes caractéristiques de cette dernière maladie existent, il ne faut pas regarder comme un cas de fièvre, si un *H. labialis* venait à se développer spontanément ; mais l'observation ultérieure a montré que cela n'est pas exact. J'ai vu moi-même, pendant la vie comme sur le cadavre, les éruptions herpétiques les plus accusées dans des cas typiques de fièvre. De Bärensprung (2), en effet, reste fidèle à la plus ancienne opinion, n'ayant jamais observé l'herpès dans un cas de typhus ; mais si une telle combinaison ne s'est jamais présentée à son observation, ce n'est sans doute qu'un pur hasard, car tous les médecins des hôpitaux de Vienne admettent que l'herpès survient quelquefois dans ces cas, et ils ont incontestablement raison.

En outre, on croyait à une époque que l'apparition d'un *Herpes labialis* dans le cours d'une autre maladie est un signe favorable, indiquant qu'une *crise* est survenue, et que le progrès de la maladie est arrêté. Mais l'expérience a montré que cette opinion ne repose sur aucun fondement. L'observation prouve que cette forme d'herpès n'est ni un bon ni un mauvais signe par rapport à l'issue probable de l'affection qu'il accompagne. La plus grande obscurité règne encore sur la relation qui existe entre l'*H. facialis* et ces maladies.

Quant à la disposition à la récidive de cette affection, je puis dire que dans quelques cas elle revient à des intervalles assez réguliers ; comme, par exemple, chaque mois.

2. Herpes progenitalis. H. præputialis (H. pseudosyphilis de Fuchs).

Cette affection, quoique survenant le plus souvent au prépuce, se montre aussi assez fréquemment au dos de la verge et au gland. On l'observe, en outre, sur les organes génitaux de la femme, comme par exemple aux grandes lèvres et au mont de Vénus. Elle consiste en vésicules agglomérées, groupées, à contenu clair comme de l'eau, la plu-

(1) Voyez note, p. 299.
(2) *Op. cit.*, p. 21.

part du temps en petit nombre et souvent même il ne se développe qu'un seul groupe. Ces vésicules se produisent subitement, précédées ou non, accompagnées ou non d'impressions désagréables (douleur, brûlure) ; elles ne durent que quelques jours (si, en se grattant ou en se frottant, le malade ne les déchire pas), et, après la dessiccation de leur contenu, elles se changent en croûtes minces, après la chute desquelles on aperçoit la peau saine ou quelque peu rougie. Lorsque le malade gratte ces croûtes, ou lorsqu'elles apparaissent à la face interne du prépuce, il reste une surface excoriée, dépouillée d'épiderme ou bien recouverte d'un amas aplati et blanchâtre d'épiderme macéré, qui a l'aspect d'un petit ulcère ; mais alors, dans tous les cas, après le desséchement de l'épiderme, ces amas se changent en croûtes minces, et après leur chute on ne trouve point de cicatrice.

Bien que les caractères que je viens d'assigner à l'*H. progenitalis* soient tracés d'après la nature même, il ne faut pas se dissimuler que le diagnostic de la maladie présente parfois, dans la pratique, des difficultés, et que, en fait, on ne peut affirmer dans chaque cas si l'on a affaire à un herpès simple ou à une affection syphilitique (1). Les difficultés du diagnostic ont conduit les syphiligraphes Hunter et Ricord à établir l'inoculation comme base du diagnostic. S'il était facile de différencier dans tous les cas un chancre, un ulcère syphilitique d'un herpès ou d'un ulcère non syphilitique, les auteurs que je viens de citer n'auraient eu aucune raison d'établir la réussite de l'inoculation et la production d'une pustule comme condition *sine quâ non* du diagnostic du chancre.

Mais j'insisterais notamment sur ce point, parce que j'ai vu dans bon nombre de cas de cette espèce les syphiligraphes eux-mêmes commettre des erreurs. La voie la plus sûre pour se préserver de telles méprises est sans aucun doute l'inoculation ; toutefois, on peut arriver au but dans le même espace de temps, et sans elle, si l'on a pour principe de suspendre le diagnostic jusqu'à on ait eu le loisir d'étudier attentivement la marche ultérieure de la maladie. Si l'on a affaire à un herpès, tous les phénomènes pathologiques disparaissent en peu de jours, sans laisser ni cicatrice ni induration ; tandis que dans des affections syphilitiques, la surface de l'excoriation ou ulcère conserve pendant longtemps un mauvais aspect, le processus de cicatrisation est bien plus prolongé, et après la guérison de l'ulcération sa base reste encore indurée.

(1) Lisez *vénérienne*, car il ne peut s'agir que du diagnostic entre l'herpès et un chancre simple, chancre mou, chrancelle. (A. D.)

Cette forme d'herpès, comme l'*H. facialis*, est sujette à récidiver. Il est des individus chez lesquels ce genre d'herpès apparaît sur les organes génitaux cinq à six fois par an (1), sans cause connue, et se répète ainsi plusieurs années de suite avant de disparaître pour jamais (2).

3. Herpes Zoster (Zona, Cingulum, Gürtelflechte, Gürtelausschlag).

C'est ici la plus importante des formes de l'herpès, et sous certains rapports elle diffère de toutes les autres. Ainsi, elle est beaucoup plus étendue et le nombre des groupes de vésicules est beaucoup plus considérable. Elle se distingue, en outre, par les régions sur lesquelles on l'observe; mais ces dernières sont parfaitement définies et bien connues.

La localisation de cette maladie était autrefois comprise dans des limites beaucoup plus étroites et l'on désignait seulement comme *H. zoster* les cas où l'éruption se localise à l'un des côtés du tronc, et notamment au thorax.

L'observation ultérieure a démontré que, outre la poitrine, le tronc tout entier ou les membres, et même la nuque, le visage et la tête, pouvaient être le siége de cette efflorescence, qui n'affecte qu'un côté;

(1) Nos propres observations confirment cette remarque d'Hebra. C'est effectivement, en moyenne, *tous les deux mois* que reparaît ordinairement l'herpes præputialis.

(2) Je reproduis ici la note dont j'avais fait suivre cette description de l'herpes præputialis dans la monographie sur l'*Herpès récidivant des parties génitales*, page 51, que j'ai publié en 1868.

Plus la description que le professeur Hebra fait de l'herpès est saisissante, lumineuse, plus son tableau nous rappelle les toiles vivantes d'Arétée, et plus aussi nous sommes surpris d'avoir à y signaler l'omission, sur plus d'un point important, des données ainsi que des exigences de la clinique. Il nous sera facile de le prouver.

Ce n'est pas, en effet, au bout de quelques jours, après les phases plus ou moins douteuses d'une évolution plus ou moins lente qu'on a besoin d'un diagnostic précis. C'est au moment même de la consultation que le client le réclame, et, à ce moment-là, nous l'avons vu, le praticien est toujours en mesure de le lui fournir. Nous n'avons jamais, quant à nous, trouvé entre l'herpès et la syphilis, voire même la chancrelle, des difficultés de différenciation aussi ardues qu'Hebra les allègue, et il n'est presque jamais nécessaire, pour les surmonter, d'avoir recours à l'inoculation.

D'ailleurs, à quelque degré qu'il approche de la perfection pour la description de la marche d'une poussée de l'herpès, Hebra a totalement passé sous silence d'autres points non moins importants de son histoire, savoir, l'exposé du cours entier de la maladie, le chapitre de l'étiologie et celui du traitement.— Nous ne saurions non plus partager son avis lorsqu'il avance que « les récidives de l'herpès *præputialis* se comportent comme celles de l'herpès *labialis* ou *facialis* ». Sans doute, l'analogie de dénomination a pu suggérer à certains nomenclateurs que les choses *devraient* se passer ainsi. Mais, en fait, on voit bien rarement, — à part les cas de mentagre, — un groupe de pustules ou de vésicules s'acharner à reparaître, tous les deux ou trois mois, aux lèvres pendant plusieurs années, sans qu'aucune cause irritante soit venue chaque fois provoquer de nouveau cette fluxion. A. D.

et que les changements par lesquels passent les vésicules et l'évolution entière de la maladie sont dans ces cas exactement les mêmes que quand l'affection a son siége sur le tronc, et où on l'a toujours considéré comme la forme typique du zoster.

Ma définition de cette variété d'herpès est donc beaucoup plus compréhensive que celle adoptée jusqu'ici. « *Medium hominem ambiens ignis sacer Zoster appellatur.* » (Plinius, 26, C. 11.) Je comprends sous ce nom tous ces affections de la peau qui présentent les caractères de l'herpès, et dans lesquelles le point de la surface occupée par les groupes de vésicules correspond à la distribution de certains nerfs cutanés, et qui, enfin (qu'ils surviennent sur la tête, le tronc ou les membres) sont limités à une des deux moitiés latérales du corps. C'est seulement dans des circonstances rares et exceptionnelles que l'*herpes zoster* attaque simultanément les deux côtés.

J'aurai, en conséquence, à décrire certaines variétés de cette affection qui occupe différentes régions du corps, et auxquelles je donne les noms suivants :

a. Zoster capillitii.
b. Zoster faciei.
c. Zoster nuchæ (*s. H. collaris*).
d. Zoster brachialis.
e. Zoster pectoralis.
f. Zoster abdominalis.
g. Zoster femoralis (1).

(1) De Bärensprung a donné une description un peu différente de l'Herpes Zoster, selon son lieu d'origine et son mode de distribution.

Maintenant, quoique je pense que les formes de zoster que j'ai énumérées ci-dessus sont bien suffisantes, je crois néanmoins qu'il est nécessaire d'indiquer d'après l'ouvrage classique de de Bärensprung les noms et la distribution générale des diverses variétés qu'il a décrites. Ce sont les suivantes :

a. Le « *Zoster facialis* », exclusivement limité à une moitié du visage, occupe les points de la peau et de la membrane muqueuse où se distribue la cinquième paire. Le *Z. labialis* en est une forme.

b. Le « *Zoster occipito-collaris* » suit la distribution des nerfs du cou, petit occipital, grand auriculaire et superficiel, provenant du plexus cervical.

c. Le « *Zoster cervico-subclavicularis* » correspond aux branches superficielles descendantes du plexus cervical (sternale, claviculaire, acromiale supérieure).

d. Le « *Zoster cervico-brachialis* » est dû à un état morbide des nerfs appartenant au plexus brachial. Il peut être limité au bras (*Z. brachialis*) ou à l'avant-bras et même à la main.

e. Le « *Zoster dorso-pectoralis* ». Dans cette forme, l'affection commence sur la colonne vertébrale, occupant en général une surface correspondant à trois vertèbres ; elle s'étend obliquement en bas sur la partie latérale du thorax et passe de là en montant légèrement au sternum. Les nerfs intéressés dans cette variété de zoster sont la troisième et la septième paires dorsales.

f. Le « *Zoster dorso-abdominalis* » affecte la partie la plus inférieure du dos, sa limite

Mais avant d'entrer dans la description détaillée de chacune de ces espèces, je ferai remarquer que dans toutes on peut constater une forme normale distincte de certaines modifications qui sont anormales. Je considère les caractères suivants comme propres à cette affection dans sa forme régulière.

1° L'éruption vésiculeuse présente l'aspect que j'ai décrit comme celui de l'herpès en général. Il passe par certains changements et disparaît sans laisser aucune cicatrice. Je dois également dire ici que les premiers groupes de vésicules se développent toujours dans le voisinage des centres nerveux, et que ceux qui surviennent ultérieurement sont situés plus loin de la distribution périphérique des nerfs correspondants.

2° L'éruption est limitée à une moitié du corps; mais des groupes de vésicules existent sur toute l'étendue de la région qui, selon la définition de la variété, locale d'*herpes zoster* à laquelle le cas appartient, devrait les présenter.

3° Aucune douleur réellement grave ne précède l'apparition de

supérieure est la huitième vertèbre dorsale, et sa limite inférieure la première lombaire. Il s'étend sur l'abdomen jusqu'à la ligne blanche.

g. Le « *Zoster lumbo-inguinalis* » commence dans la région lombaire et s'étend horizontalement en avant à la ligne blanche, obliquement en bas et en avant au mont de Vénus et aux organes génitax, et également en bas à la région fessière et à la surface externe de la cuisse. Il correspond aux branches des nerfs supérieurs lombaires.

h. Le « *Zoster lumbo-femoralis* » occupe la distribution des branches cutanée externe, génito-crurale, crurale antérieure, et obturatrice du plexus lombaire. La vaste surface cutanée que desservent ces nerfs nous met à même de comprendre comment cette variété d'herpès peut quelquefois être si étendue et si grave. Dans d'autres cas, l'herpès est limité à la surface de la cuisse, certaines branches de ces nerfs étant alors seules affectées (*Z. femoralis*).

i. Le « *Zoster sacro-ischiadicus* » répond à la distribution cutanée des branches du plexus sacré.

De Bärensprung regarde le « *Zoster genitalis* » (Herpes præputii et vulvæ) comme dû à une affection partielle de ces nerfs.

On trouvera une analyse du mémoire du professeur de Bärensprung sur « l'Herpès » dans la « British and Foreign Medico-Chirurgical Review », janvier 1862, p. 243.

(*Note du traducteur anglais.*)

Je dois également rappeler ici les recherches laborieuses du professeur Voigt par rapport à la distribution cutanée des nerfs cérébro-spinaux ; les résultats de ses investigations se trouvent dans son ouvrage, que j'ai déjà mentionné (voyez p. 249), publié par l'Académie impériale des sciences. Sur la tête, le cou, les membres, le mode de distribution des nerfs (Verästelungsgebiete) signalés par Voigt s'accordent parfaitement avec les résultats de l'observation dans des cas de zoster. Sur le tronc, toutefois, la corrélation, au premier abord, semble manquer. Car les nerfs dorsaux et lombaires se distribuent à la peau par trois rangs séparés de branches (postérieure, latérale et antérieure), qui forment comme la plupart « des trajets de distribution nerveuse » marchant *verticalement* sur chaque côté du corps. En réalité, toutefois, chacun des nerfs dorsal et lombaire suit une direction séparée en avant de l'épine au devant du tronc, et la situation des vésicules du zoster s'accorde parfaitement avec la distribution de ces nerfs.

l'éruption, ni sa disparition n'est suivie d'aucune souffrance prononcée, ou de longue durée.

4° Les vésicules contiennent simplement une sérosité transparente, ou, dans quelques cas, un liquide purulent.

D'un autre côté, je considère comme anormaux :

1° Tous les cas dans lesquels une portion quelconque de l'éruption (ou l'éruption tout entière) présente des caractères différents du type normal que je viens de décrire. Ainsi, l'éruption affecte parfois l'état papuleux ; tandis que dans d'autres circonstances, il se forme des bulles ou pustules qui occupent les tissus les plus profonds de la peau, et sont suivis de cicatrices.

2° Ces circonstances exceptionnelles, dans lesquelles l'*Herpes zoster* survient symétriquement sur les deux côtés du corps ; ou bien celles où quelques groupes de vésicules seulement atteignent leur complet développement, tandis que les autres manquent entièrement, ou n'apparaissent que comme de petits points (Pünktchen), qui avortent bientôt et meurent.

3° Les cas dans lesquels une névralgie grave accompagne l'attaque d'herpès zoster, précédant l'éruption ou continuant même après que les vésicules se sont desséchées sous forme de croûte. Il arrive souvent que la persistance et l'intensité de ce symptôme rendent la maladie très-douloureuse, et correspondent, dans quelques cas, avec des troubles des nerfs moteurs.

4° Ceux, enfin, dans lesquels du sang est mêlé avec le liquide contenu dans les vésicules, ou dans lesquels il survient une hémorrhagie sur leur base. L'éruption alors présente une apparence très-différente de celle qu'elle offre ordinairement ; elle est le siége de douleurs intolérables et est toujours suivie de la formation de cicatrices.

Je puis à présent décrire dans leur ordre topographique, les variétés locales de l'*herpes zoster* que j'ai déjà mentionnées.

a. H. Zoster capillitii. — Il apparaît souvent sur le front et le cuir chevelu, sur le trajet de l'*orbital supérieur* (branche de la première division de la cinquième paire, qui passe par la dépression orbitale supérieure en haut, sur le sommet de la tête). Dans quelques-uns de ces cas, l'œil est également affecté ; les vaisseaux de la conjonctive et ceux qui se rendent dans la cornée sont injectés et le malade se plaint d'une vive douleur. En pareil cas, en effet, la mobilité de l'iris peut être tellement compromise que la maladie peut simuler une *iritis*. Dans d'autres circonstances, l'éruption commence à la partie postérieure de la tête, s'étend sous forme d'un arc sur l'os pariétal, et se

termine dans le voisinage de la suture frontale. Cette variété de l'*herpès zoster* ne se voit bien que chez les personnes qui sont chauves, comme on peut en trouver un exemple dans la première livraison de « l'*Atlas der Hautkrankheiten* de Boeck ». Chez un malade dont les cheveux sont abondants, il est difficile de distinguer cette forme d'herpès.

b. H. zoster faciei. — Dans cette variété de nombreux groupes de vésicules se développent sur les joues d'où elles s'étendent jusque sur le dos du nez en devenant plus petites à mesure qu'elles se rapprochent de ce point. J'ai vu deux fois cette affection être bilatérale. Elle survenait alors tout à fait symétriquement sur les deux côtés de la face et ne provoquait que rarement de la douleur.

c. H. zoster nuchæ (*H. collaris* de Plenck, *Z. occipito-collaris* de de Bärensprung). Dans cette forme de zoster l'éruption se montre d'abord sur la région latérale du cou, dans le voisinage de la seconde et de la troisième vertèbres cervicales, et s'étend de là en haut vers le maxillaire supérieur et la face, en avant vers la région hyoïdienne, et enfin en bas quelques groupes se prolongent jusqu'à la deuxième côte.

d. H. zoster brachialis. — Dans cette variété les vésicules apparaissent d'abord au niveau des cinquième, sixième et septième vertèbres cervicales et de la première dorsale; l'affection s'étend ensuite au bras, se montrant dans le sens de l'extension ainsi que dans celui de la flexion (mais notamment de ce dernier côté), s'étendant en bas jusqu'au coude, et même à l'avant-bras jusqu'au petit doigt. Toute la portion de la peau où se distribue le plexus brachial, jusqu'au point où se ramifient les extrémités périphériques des nerfs radial et cubital peuvent ainsi devenir le siége du zoster.

e. H. zoster pectoralis.— Lorsque l'*Herpès zoster* fait son apparition sur la poitrine, sa distribution correspond en général à l'inclinaison des côtes; car les groupes de vésicules leur sont parallèles, ou plutôt ils le sont aux *nerfs intercostaux*, dont la direction est la même que celle des côtes. Près des apophyses épineuses où se montrent les premiers groupes, les vésicules recouvrent une surface comprenant deux ou trois vertèbres. De ce point l'éruption descend d'abord sur le côté du thorax; mais ensuite elle remonte en se rapprochant de la paroi antérieure de cette région, et se termine sur le sternum dans la ligne médiane du corps.

Dans sa marche autour de la poitrine l'*Herpès zoster* n'épargne pas la peau du sein, comme l'ont à tort affirmé quelques auteurs. Un autre point qui est également digne de remarque, c'est que, dans cette forme d'herpès, la douleur est tellement augmentée par les mouvements res-

piratoires, qu'elle donne naissance à de la dyspnée. En effet, on est alors facilement exposé à confondre cette maladie avec le premier degré d'une pleurésie.

f. H. zoster abdominalis. — Cette variété correspond à la distribution des nerfs dorsaux inférieurs et lombaires, qui se rendent dans les muscles et les téguments de la paroi abdominale. L'éruption s'étend autour de l'abdomen et se termine à la ligne médiane; quelques groupes de vésicules apparaissent parfois sur le *mons Veneris*. Dans beaucoup de cas de cette affection, les mouvements d'inspiration et d'expiration, comme presque tous les efforts des muscles abdominaux, déterminent une douleur semblable à celle qui existe dans l'*H. zoster pectoralis,* quoique à un degré moindre que dans cette forme de maladie.

g. H. zoster femoralis. — Il occupe tantôt la surface antérieure tantôt la surface postérieure de la cuisse; et, dans ce dernier cas, il peut s'étendre à toute la cuisse et même jusqu'au mollet. Le premier groupe de vésicules s'observe généralement sur les fesses; cette affection reste même souvent limitée à cette partie du corps sans descendre au delà.

Que l'*Herpès zoster* soit ou non accompagné de troubles fébriles, il est toujours précédé de douleurs plus ou moins intenses. Mais ce symptôme n'est jamais assez caractéristique pour permettre, lorsqu'il se présente seul, de prédire avec certitude l'approche d'une poussée d'herpès. De fait, on ne peut établir un diagnostic positif que lorsque l'éruption survient sous forme de points (Stippchen), de papules ou de vésicules disposés en groupes et occupant les portions de la surface mentionnée ci-dessus, et jusqu'au moment où l'affection se développe d'après le mode déjà décrit.

Toutes les vésicules, quel que soit le groupe auquel elles appartiennent, apparaissent toujours simultanément, et en conséquence sont toujours du même âge. Aussi présentent-elles invariablement les mêmes caractères. Dans quelques cas, elles prennent si rapidement la forme vésiculeuse, que la première période de leur développement échappe à l'observateur. Dans d'autres circonstances, elles passent graduellement de l'état de papules à celui de vésicules ombiliquées; les changements qu'elles subissent sont les mêmes que ceux offerts par l'éruption variolique. En effet, le liquide contenu dans ces vésicules d'herpès devient ensuite opaque et puriforme; elles se transforment donc ainsi en pustules. Un peu plus tard il se dessine un liséré rouge autour de chacune de ces pustules, de sorte que si elles se trou-

vent très-rapprochées les unes des autres, elles ont l'air de reposer sur une base rouge commune. Après quelques jours, leur contenu se dessèche et forme des croûtes intimement adhérentes, d'une coloration jaune ou brune.

La chute de ces croûtes laisse sur la peau des dépressions peu profondes qui peuvent quelquefois donner lieu à des cicatrices permanentes.

Le nombre des divers groupes de vésicules n'est pas le même dans les différentes variétés d'herpès zoster. C'est dans l'*H. zoster facialis* qu'on les rencontre en plus petite quantité, et c'est dans l'*H. zoster femoralis* à son plus grand développement qu'ils apparaissent en nombre le plus considérable ; cette différence s'explique suffisamment par le fait que la surface atteinte est dans l'un des cas beaucoup plus petite que dans l'autre.

L'*Herpès zoster* dure de deux à quatre semaines, suivant l'étendue de la partie affectée, ou, ce qui revient à peu près au même, suivant l'abondance de l'éruption.

Les changements par lesquels passent les vésicules sont invariablement ceux que j'ai décrits plus haut. Excepté la douleur qui précède l'éruption, et qui est parfois très-vive après l'exfoliation (1), le seul symptôme pénible observé dans l'herpès zoster c'est la continuation de la suppuration (et même dans certains cas, la formation d'ulcères), sous une ou deux des croûtes, lorsque les couches profondes de la peau sont envahies.

L'*Herpès zoster* se termine toujours par la guérison. Les seules circonstances dans lesquelles on puisse voir à l'autopsie des cadavres atteints d'herpès, c'est lorsque le sujet avait une autre affection.

4. Herpès iris et circinatus.

C'est Willan qui a le premier observé et décrit sous ces deux noms deux variétés d'herpès. Elles présentent les caractères suivants :

L'*Herpès iris* consiste en groupes de vésicules disposées d'une façon particulière. Un anneau vésiculeux (Bläschenkranz oder Bläschenwall) entoure une vésicule centrale ; à une petite distance, il existe quelquefois un second anneau, même un troisième, tous concentriques. Il arrive plus rarement que tous les groupes de vésicules présentent les

(1) L'insistance avec laquelle le professeur Hebra revient à chaque instant sur la douleur coexistant avec le zona n'indique-t-elle pas, je n'ose dire une contradiction avec le paragraphe ci-dessus où il en nie la valeur comme caractère de la maladie, mais tout au moins une sorte de regret d'avoir poussé, dans ce passage, ses réserves sur la fréquence de ce signe jusqu'à une dénégation presque absolue. (A. D.)

mêmes caractères, qui sont en général propres à quelques-uns des groupes et semblent même n'appartenir qu'à un seul; les vésicules, dans les autres groupes, s'étant réunies de manière à former des bulles ou étant très-peu nombreuses, et simplement situées les unes à côté des autres.

Cette remarquable maladie doit sa forme particulière à ce que les vésicules qui se développent ultérieurement viennent se placer autour de celle qui est survenue en premier lieu et qui occupe ainsi leur centre. En d'autres termes, les poussées successives (Nachschübe) se font de telle sorte que les nouvelles vésicules siégent aussi près que possible de celles qui les ont précédées, et par conséquent autour de leur circonférence.

Il existe d'autres affections de la peau, où l'efflorescence dans ses apparitions successives occupe le voisinage immédiat de celle qui est survenue la première; aussi l'*Herpès iris* a-t-il une certaine ressemblance avec ces maladies au nombre desquelles on peut ranger quelques formes de variole, pendant le *stadium decrustationis*, ou même (pour le cas de varicelle du tronc) durant le *stadium eruptionis*. Car on trouve fréquemment autour des croûtes formées par la dessiccation des premières pustules varioliques quelques anneaux vésiculeux produits par un processus exsudatif subséquent: ce qui donne souvent à cette affection l'aspect d'un *Herpès iris*, ou, dans quelques cas, plutôt d'un *rupia*. Il en est surtout ainsi lorsque les changements ultérieurs se produisent au moment où les pustules nées les premières se sont déjà desséchées et ont formé des croûtes.

La marche de cette variété d'herpès diffère dans quelques circonstances de celles précédemment décrites, par ce fait que le développement périphérique des vésicules continue pendant encore un certain temps, tandis que la vésicule centrale est déjà à la période d'évolution; en sorte qu'on finit par ne plus voir que des anneaux vésiculeux entourant un espace central, qui peut être le siége d'un dépôt de pigment ou se recouvrir d'écailles, ou même être déjà revenu à son état normal.

Ce sont probablement ces cas qui ont conduit Willan à établir l'espèce connue sous le nom d'*Herpès circinatus*. Je ne puis, toutefois, admettre l'existence de cette affection à titre de forme particulière de la maladie. Je n'ai jamais vu de semblables anneaux vésiculeux en dehors du mode de développement que j'ai décrit; je ne puis donc les regarder que comme de simples exemples d'un *Herpès iris*, s'étendant à la périphérie.

L'*H. iris* est donc à l'*H. circinatus* ce que l'*Erythema iris* est à l'*E. annulare :* de même que ce dernier est toujours la conséquence d'un *E. papulatum* ou d'un *E. iris*, de même aussi l'*H. circinatus* succède toujours à un *H. iris.* En outre, toutes ces maladies se correspondent d'une manière si parfaite dans leur marche, leur forme, aussi bien que dans leur mode de développement et leur siége, que j'éprouve la tentation de les considérer toutes comme des modifications du même genre pathologique. De fait, les cas que j'ai eu l'occasion d'observer ont confirmé cette manière de voir, car ils présentaient à un moment donné, les uns les symptômes qui appartiennent à l'*Herpès iris* et *circinatus;* et les autres ceux de l'*Erythema papulatum, iris* et *annulare.*

Comme dans les formes correspondantes de l'érythème, l'*Herpès iris* et *circinatus* apparaît le plus souvent sur le dos des mains et des pieds, sur les doigts et les orteils et ensuite sur les avant-bras et les jambes. On le remarque moins fréquemment à la partie supérieure des bras et des cuisses, et seulement dans des cas exceptionnels sur le tronc et la face. Bien que l'*H. iris* généralisé soit une affection rare, on le voit quelquefois et j'ai eu moi-même occasion de l'observer.

On trouve encore un nouvel appui en faveur de l'analogie existant entre les affections dont je parle, dans cette circonstance que toutes les variétés précitées, soit d'érythème, soit d'herpès, ont une tendance prononcée à se reproduire successivement pendant plusieurs années et dans les mêmes mois : c'est en général dans ceux d'avril, mai, octobre et novembre.

La durée de l'*H. iris* dépend du nombre de cercles qui se sont successivement manifestés. Si l'affection se termine après la formation de la première vésicule, ou après l'apparition successive d'un petit nombre d'entre elles, sa durée est d'environ quinze jours, sans qu'il survienne d'autres conséquences qu'une légère desquamation ou un dépôt pigmentaire. Si l'*H. circinatus* se développe, c'est-à-dire, si des anneaux surviennent d'une manière successive autour de la vésicule primitive, la durée de la maladie peut facilement atteindre un mois.

La sympathie de l'organisme est habituellement peu prononcée, si bien que le patient ne s'aperçoit de la présence de l'éruption que par une sensation désagréable de brûlure ou peut-être de démangeaison au point qu'elle occupe. Il n'y a ni fièvre ni symptômes gastriques ou cérébraux, aucune affection des muqueuses, des tissus fibreux ou séreux. Je ne prétends pas, toutefois, que l'*H. iris* soit simplement une maladie locale, car il peut arriver que la perturbation générale qui cause l'éruption ait disparu avant que les premières vésicules d'herpès aient fait leur apparition.

L'*Herpès iris* dévie quelquefois de sa marche régulière, et présente des bulles au lieu de vésicules disposées de la manière spéciale que j'ai décrite ci-dessus. Il faut attribuer ces bulles à l'agglomération rapide de chacune des vésicules individuelles. Elles sont comme celles du *Pemphigus*, en tant qu'elles restent pendant toute la durée de leur existence sans aucun anneau vésiculeux ultérieur. Leur contenu finit par se dessécher ou s'évaporer, ou bien leur enveloppe se déchire, et il se détache des fragments épidermiques plus ou moins considérables.

Les bulles entrent alors dans leur période d'évolution, et leur marche n'est, par le fait, pas plus aiguë que dans les formes ordinaires de l'herpès.

Il est probable que c'est cette variété d'*H. iris* qui a conduit quelques observateurs, peu au courant des maladies de la peau, à admettre un *Pemphigus acutus*, dont je mets l'existence en doute. A ceux qui seraient disposés à regarder comme des exemples de pemphigus ces cas d'*H. iris*, je dirais que, même dans cette forme peu commune, la maladie présente toujours des caractères suffisants pour permettre d'établir un diagnostic. On peut y arriver, soit en tenant compte du siége de l'affection, soit en remarquant que l'un ou l'autre des groupes de vésicules ne sont pas si parfaitement confluents qu'il soit impossible de distinguer la disposition concentrique particulière.

J'ai eu occasion d'observer l'*H. iris* dans ses formes régulière et irrégulière, plus fréquemment chez de jeunes sujets et plus souvent chez les filles que chez les garçons. Je ne prétends pas, toutefois, que cette affection soit, en réalité, plus commune chez les femmes. Cette différence tient peut-être à ce que les hommes sont moins enclins à réclamer un traitement médical pour une maladie de peu d'importance et non douloureuse, dont l'évolution est spontanée, tandis que les femmes, toujours disposées à scruter leur aspect extérieur, restent peu indifférentes à la présence d'une affection cutanée qui envahit une partie habituellement découverte. Je signale donc le fait sans en tirer aucune conséquence. Il est au moins certain que l'*H. iris* ne détermine pas de trouble dans les fonctions génitales chez les deux sexes, et qu'il n'est jamais le résultat de la syphilis.

ÉTIOLOGIE DE L'HERPÈS.

On aurait beaucoup de peine à trouver des motifs pour affirmer que toutes les variétés d'herpès doivent leur origine à une seule et même cause éloignée. En effet, il est plus probable que toutes ces espèces, ou

du moins plusieurs d'entre elles, peuvent correspondre indirectement, sinon immédiatement, à des états morbides divers. Ainsi, il serait difficile de croire que l'*H. progenitalis* et l'*H. iris* proviennent de la même cause. Et, d'un autre côté, ce serait un travail d'analyse fort ardu que de démontrer clairement, soit que des conditions morbides différentes leur donnent naissance, soit même que ces diverses conditions existent.

Je puis citer comme exemple l'*H. facialis*. Cette affection, ainsi que personne ne l'ignore, peut accompagner diverses maladies telles que la fièvre intermittente ou la pneumonie, qui diffèrent évidemment beaucoup l'une de l'autre. Or, c'est incontestablement là un argument puissant en faveur de l'opinion exprimée plus haut, que la cause de l'herpès n'est pas toujours la même. D'un autre côté, des observations sur le siége et le mode de distribution de l'*Herpès zoster* portent à rattacher son origine à une perversion de l'innervation. Aussi, si l'on préférait appliquer ce qui est vrai de l'*H. zoster* aux autres variétés d'herpès, il deviendrait probable que les affections diverses ci-dessus indiquées (dont quelques-unes sont inflammatoires et d'autres sont au nombre de celles connues sous le nom de troubles nerveux) engendrent toutes cette maladie particulière de la peau par leur action sur le système nerveux périphérique.

TRAITEMENT DE L'HERPÈS.

Comme toutes les formes de l'herpès, d'après ce que j'ai dit, guérissent dans un temps passablement court, on doit par cela même comprendre que toute médication spéciale est superflue.

L'expérience apprend, en outre, qu'une action directe sur les vésicules à l'aide de moyens locaux est non-seulement inutile, mais qu'elle a toujours pour résultat de retarder la marche de la maladie et d'augmenter les sensations désagréables que celle-ci entraîne après elle. Je veux notamment parler de la méthode ectrotique, c'est-à-dire, de la destruction de chaque vésicule, au moyen du nitrate d'argent, méthode dont on a recommandé l'emploi dans l'herpès aussi bien que dans d'autres formes vésiculeuses de dermatoses. Par ce mode de traitement on ne hâte pas la terminaison de la maladie, on n'empêche pas non plus la formation des cicatrices, ni la probabilité des récidives. On ajoute simplement à la souffrance occasionnée par l'herpès celle qui résulte de l'application du caustique (1).

(1) Faisons une exception en faveur des herpès très-disposés à récidiver, tels que

Il en est de même des irritants auxquels on a eu quelquefois recours, tels que les vésicants et les sinapismes. Quelques personnes les ont employés au début de l'herpès, dans l'espoir de faire sortir l'éruption. A l'époque où l'on considérait en général le contenu des vésicules d'herpès comme une *materia peccans* que l'organisme s'efforçait de pousser sur la surface cutanée, l'emploi de ces topiques irritants était certainement excusable. Mais aujourd'hui que cette opinion ne repose plus sur rien, il serait impossible de justifier un mode de traitement qui, par le fait, augmente simplement la douleur.

L'expérience enseigne donc que la méthode expectante est la meilleure pendant toute la durée des vésicules d'herpès. Il serait très-désirable qu'on pût en dire autant à propos des douleurs névralgiques qu'occasionne l'herpès, qui tourmentent parfois beaucoup le malade et sont notamment très-vives dans l'*Herpès zoster*. Le traitement par l'expectation est, en effet, le seul auquel on doive avoir recours, car du moins la plupart des remèdes qu'on a employés dans le but d'atténuer ces douleurs sont restés sans résultat. Il est cependant arrivé qu'on a obtenu dans certains cas quelque soulagement de remèdes locaux ou même internes. Ainsi, des narcotiques appliqués sous forme d'emplâtres ou de pommades sur les points recouverts de vésicules d'herpès ont, dans quelques circonstances, calmé l'intensité des douleurs, notamment si l'on y ajoute en même temps l'emploi d'un bandage contentif. Dans ce but on peut se servir d'un emplâtre contenant peu de térébenthine (tel que soit l'*Empl. diabotanum*, l'*Empl. lithargyri fuscum*, soit l'*Empl. de meliloto*), étendu sur des bandes de linge ou de cuir, et saupoudré de poudre d'opium. On maintient cet emplâtre à l'aide d'un bandage ordinaire ou d'une serviette fortement assujettie autour du corps. On doit changer cet appareil au moins une fois chaque semaine. J'ai fréquemment vu la diminution des douleurs suivre l'emploi de ce moyen. En outre, les narcotiques à l'intérieur, associés ou non à la quinine, ont souvent fait disparaître les souffrances. Mais, malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et je ne pense pas que l'administration des remèdes internes soit par le fait préférable au traitement local. D'après mon expérience, les lotions froides, les fomentations chaudes, le collodion, la teinture

l'herpès génital, chaque cautérisation (avec le nitrate d'argent solide, ou ce qui vaut mieux en solution) a évidemment l'avantage de hâter la terminaison d'une incommodité particulièrement pénible, et elle a aussi pour résultat, en réprimant promptement chaque nouvelle fluxion, de rompre la tendance à des fluxions ultérieures, de décourager, pour ainsi dire, le raptus sanguin de se diriger de rechef vers cette région.
(A. D.)

d'iode, les narcotiques et les épispastiques ne m'ont jamais paru avoir de bons résultats; je puis en dire tout autant des anesthésiques tels que le chloroforme, l'éther, ou la liqueur des Hollandais.

II. — Miliaire (Friesel).

Avant de donner une définition du mot miliaire tel que je le comprends, je dois, dans un court historique rétrospectif, indiquer la signification que divers écrivains ont imposée à ce mot dans les différents pays et rappeler aussi dans quel sens on l'a employé durant les siècles passés.

Il est fait mention dans les traités de médecine d'une *Miliaria rubra*, d'une *M. alba* et d'une *M. crystallina*. La première de ces affections est décrite comme consistant en une éruption de papules ou de vésicules distinctes, acuminées, rouges, de la grosseur d'un grain de millet (d'où le nom de *miliaria*). Qu'elle soit constituée par des papules ou des vésicules, la miliaire dépend de la quantité du liquide contenu. Ces vésicules se développent en général assez rapidement, mais elles sont invariablement précédées par une sueur plus ou moins profuse; leur durée est éphémère. Quand le sommet des papules ou des vésicules a un aspect blanc, laiteux ou opalescent, occasionné par l'action du liquide sur les couches épidermiques qui forment leur base, on leur donne le nom de *Miliaria alba;* mais cette affection, sous tous les autres rapports, est identique avec la *M. rubra*. Ces deux efflorescences surviennent chez les personnes en bonne santé comme chez celles qui sont malades.

D'un autre côté, la *M. crystallina* est décrite comme une éruption de vésicules renfermant un liquide transparent, aqueux et ressemblant en apparence à des gouttes de rosée. Elles s'observent principalement sur le front, les côtés de la poitrine, le creux axillaire et l'abdomen; on les a, dans des cas exceptionnels, rencontrées sur les membres. On les a vues survenir chez des personnes n'ayant pas eu de sueur (ohne Proruption von Schweiss), mais atteintes seulement de la fièvre (bei Fieberkranken).

La dernière de ces formes décrite par les auteurs me paraît être la seule à laquelle le nom de miliaire soit appliqué d'une manière exacte. Car il m'a été impossible de distinguer par quelques caractères (subjectifs ou objectifs) la *M. rubra* et la *M. alba* de l'affection connue sous le nom de sudamina (Schweissbläschen, *Eczema sudamen*),

qui peut survenir toutes les fois qu'il y a une sueur profuse, et qui consiste dans une tuméfaction des conduits des follicules pileux et des glandes sébacées, due à l'irritation de la peau. J'ose donc positivement affirmer que ces deux variétés doivent être rangées parmi les sudamina et n'ont aucun droit au nom de *miliaria.* Je renverrai en conséquence leur description au chapitre de l'eczéma, auquel naturellement et logiquement elles appartiennent.

En résumé, je suis convaincu, — et cette opinion est partagée par tous les praticiens et les médecins de Vienne, — que la seule forme de miliaire est la *M. crystallina*, et qu'elle est entièrement distincte des deux autres dont je viens de parler. C'est, en effet, une éruption spéciale qui accompagne des troubles généraux de nature fébrile.

Ainsi, je ne me fais aucune idée de la forme de miliaire qui est mentionnée dans quelques ouvrages sous les noms de *M. substantiva, erythematica* (Frieselausschlag), et que certains auteurs disent survenir épidémiquement et endémiquement. Quant à la *M. crystallina*, les opinions que j'ai été amené à concevoir d'après l'observation clinique seront établies ultérieurement. Ici je me bornerai simplement à dire qu'il n'y a aucune maladie fébrile dans le cours de laquelle la *M. crystallina* (Frieselbläschen) ne puisse apparaître.

On voit, en outre, que les auteurs en décrivant la miliaire, divisent son évolution en plusieurs périodes, attribuant à chacune d'elles des caractères spéciaux. Mais je dois avouer que ce que l'on a dit de ces divisions et de leurs symptômes caractéristiques est complétement en désaccord avec ma manière de voir. J'ai appris par l'expérience que la miliaire diffère essentiellement, quant à son début et à sa marche, de la description qu'en ont donnée ces écrivains.

Chez mes malades je n'ai jamais observé la présence de ce qu'on a appelé le *stadium prodromorum*, qu'on dit être caractérisé spécialement par des sensations pénibles à la peau, et particulièrement dans les doigts et dans les orteils ; sensations qui ont reçu le nom de *stupor pongitivus.* Il m'a été également impossible de reconnaître la forme spéciale d'angine de poitrine, l'oppression, et la difficulté de respirer, que les écrivains en question indiquent sous la désignation d'*anxietas præcordialis ;* ni de distinguer par l'odorat l'odeur particulière qu'on dit ressembler à celle de la paille en décomposition. Je n'ai pas, en effet, observé un seul symptôme subjectif ou objectif ayant précédé l'éruption dans chaque cas de miliaire. Cette affection a toujours, au contraire, fait son apparition à l'improviste et sans qu'aucun symptôme m'ait averti de son approche. — Je pense donc qu'il ne survient au-

cun phénomène objectif ou subjectif capable de justifier la création d'un *stadium prodromorum*.

Dans le *stadium eruptionis* on trouve, dit-on, les vésicules principalement sur les parties placées sous les vêtements et les couvertures, et par conséquent tenues à l'abri du contact de l'air. Mais cette assertion est complétement imaginaire ; car l'éruption de la miliaire peut s'observer sur les régions sternales et claviculaires — qui sont rarement, qui ne sont même jamais recouvertes — sur le cou et sur sa partie antérieure, aussi bien que sur les côtés de la poitrine, les aisselles et l'abdomen, — qui étant protégés par les vêtements sont constamment soumis à une plus haute température.

Par rapport au mode de développement des vésicules, et à leur forme durant cette période, j'ai seulement à dire qu'elles conservent toujours le même volume qu'on leur voit au début lors de leur apparition. Une certaine quantité de liquide semble se ramasser intantanément sous l'épiderme, le soulevant au point de former des vésicules d'une grosseur plus ou moins considérable. Ces vésicules, ayant la même couleur que le reste de la peau, décèlent souvent mieux leur existence au toucher que par la vue ; et notre attention peut ainsi être appelée à constater leur présence par le toucher raboteux, inégal de la surface de la peau, qui était unie auparavant. Elles conservent toujours la même forme et la même grosseur ; elles ne se réunissent jamais.

Quant à leur volume, les plus petites de ces vésicules ne sont certainement pas plus grosses qu'un grain de millet ; mais la plupart d'entre elles atteignent les dimensions d'une lentille et quelques-unes présentent même les caractères des bulles, étant aussi larges que des fèves et des noisettes.

Généralement, elles apparaissent tout de suite en nombre considérable, et il s'en développe de nouvelles dans l'espace de très-peu de jours. Leur durée varie dans les différents cas, et il n'est pas possible, comme pour les exanthèmes, d'établir avec précision pendant combien de temps elles seront visibles. Quelquefois elles durent seulement quarante-huit heures, tandis que dans d'autres circonstances on les voit persister sans changement pendant des semaines. Dans les cas que j'ai observés, j'ai n'ai jamais été à même de pouvoir confirmer les opinions de quelques écrivains, et particulièrement de Fuchs, savoir qu'il y a une nouvelle éruption de vésicules tous les sept jours, et que chacune de ces éruptions a une durée semblable, en sorte que toute la maladie aurait une évolution de quinze jours.

Le liquide contenu dans les vésicules de la miliaire a une réaction neutre ou faiblement alcaline, et n'est jamais *acide*, comme on l'avait prétendu. Il ne devient jamais purulent.

Il n'existe pas non plus dans cet exanthème un *stadium desquamationis* particulier. L'enveloppe épidermique de ces vésicules est, en effet, si mince et si délicate, que quand elles se rompent elles sont arrachées et il ne reste rien qu'un petit rebord circulaire de l'épiderme. Il n'y a donc pas dans la miliaire une exfoliation épidermique (defurfuratio), semblable à celle qu'on observe dans la rougeole et la scarlatine, surtout si la sueur continue, sueur qui, dans cette maladie, est généralement profuse.

D'après la description ci-dessus, il est évident que la miliaire ne doit point avoir les mêmes caractères que les véritables exanthèmes, et, pour cette raison, il ne faut pas la ranger dans le groupe que forment ceux-ci. On ne peut pas reconnaître dans cette maladie des périodes définies, ni la différencier par quelques symptômes particuliers ou par une durée déterminée. Elle n'est pas non plus toujours accompagnée de certains changements morbides dans les autres parties de l'organisme, tels qu'ils doivent exister dans les exanthèmes vrais pour compléter le type parfait de la maladie. Je citerai, par exemple, les symptômes catarrhaux de la rougeole et l'inflammation du gosier dans la fièvre scarlatine.

Cependant, dans les ouvrages écrits avant le siècle actuel, ainsi que dans ceux récemment publiés, et même dans les traités spéciaux sur cette affection (1), non-seulement on voit les caractères d'un exanthème sporadique (tel que le purpura) attribué à la « Miliaire », mais elle est aujourd'hui décrite comme une maladie contagieuse, et même comme ayant une forme épidémique et une forme endémique. Pour expliquer ces opinions, il faut ou supposer que la marche de l'affection a été autrefois et dans d'autres pays entièrement différente de ce qu'elle est chez nous, ou il faut admettre, chose plus probable, que d'autres désordres exanthématiques ont été et sont encore fréquemment confondus avec elle. J'ai été amené à cette dernière opinion, non-seulement par des conversations répétées avec des médecins, tels que Helm et Cipriani, qui ont longtemps exercé dans ces contrées où l'on observe, dit-on, la *Miliaria endematica*, mais encore par les observations que j'ai eu occasion de faire dans les hôpitaux de l'Italie. J'ai vu souvent le mot « *miliaria* » inscrit sur la feuille placée à l'extré-

(1) Voyez « Der Friesel, eine historisch-patholog. Untersuchung von Prof. Dr Frantz Seitz ». Erlangen, 1852; verlag von F. Enke.

mité du lit du malade ; mais celui-ci était toujours affecté en réalité de simples sudamina ou de quelque autre maladie cutanée, ou encore il souffrait du typhus, d'une lésion du cœur, de rhumatisme, ou bien il avait récemment subi l'action de l'air confiné. Telles sont maintenant les véritables conditions dans lesquelles la miliaire peut se produire, même dans notre propre pays, comme une complication accidentelle et sans importance (1).

Mais, bien que je nie l'existence de la miliaire comme exanthème spécial contagieux, susceptible de se présenter endémiquement ou épidémiquement, j'ai néanmoins bien remarqué qu'il y a une affection vésiculeuse qu'on rencontre avec une fréquence particulière dans certaines maladies, savoir :

1° Dans le *typhus* (*Miliaria typhosa*). Dans cette affection, les vésicules surviennent en général durant la seconde moitié de son évolution, et paraissent sur la surface du tronc et sur les membres. Une éruption de cette espèce est très-commune dans certaines épidémies, tandis que dans d'autres elle est rare. Elle n'exerce aucune influence sur les progrès de la maladie, apparaissant aussi fréquemment lorsque le cas se termine d'une manière favorable que lorsqu'il a une issue fatale, nous fournissant alors l'occasion de démontrer la présence des vésicules après la mort.

2° Dans la *fièvre puerpérale* (*Miliaria puerperalis*). — Comme per-

(1) Pour répondre aux reproches qu'on peut me faire que je suis sourd aux enseignements de l'histoire de la médecine ou ignorant de la littérature de ce sujet, j'avouerai que d'après mon opinion notre devoir est d'étudier l'origine, le cours et la distribution des maladies *telles qu'elles existent à présent*, et non de rechercher ce qu'elles étaient autrefois. Celui-là seul qui sait le présent peut tirer profit d'une étude du passé. L'homme qui désirera apprendre la médecine doit se confiner d'abord au lit du malade et aux tables d'autopsie et non dans les librairies. L'étude de l'histoire de notre art devrait former non la base, mais le complément des travaux du praticien.

Si, à propos de la miliaire, les auteurs médicaux avaient adopté cette méthode, il leur aurait été, en effet, impossible de remplir de gros volumes ; mais ils auraient pu écrire en quelques pages des descriptions conformes à la nature, descriptions qui auraient été plus utiles à la science que tous leurs in-folio.

Pendant les vingt dernières années dans le cours desquelles j'ai eu à soigner, rien que dans ma pratique hospitalière, plus de 80 000 cas de maladies cutanées, j'ai constamment trouvé que, pour les affections les plus communes de la peau (telles, par exemple, que la gale), les opinions qui règnent sont tout à fait inexactes, et ne font assurément honneur ni à la médecine comme science, ni aux médecins comme ses représentants. En effet, il arrive le plus souvent que des hommes très-versés dans la chirurgie ou la médecine ne prennent qu'un intérêt médiocre à tout ce qui concerne les maladies cutanées. Ceux qui, comme moi, ont journellement l'occasion de noter ces faits ne seront pas surpris que dans les ouvrages parus avant le siècle actuel les distinctions entre les différentes maladies soient souvent obscures et incertaines. En effet, on peut en partie l'attribuer aux opinions médicales de ces époques, alors que l'on portait moins d'attention à la forme d'une dermatose qu'à son origine imaginairement placée dans un état doux ou aigre, léger ou épais du sang.

sonne n'ignore que la fièvre puerpérale est souvent épidémique et que dans les hôpitaux des femmes en couches elle est souvent endémique, il est facile de comprendre que lorsque des vésicules de miliaire se développent dans ces cas, on peut les regarder comme appartenant à une *miliaire épidémique,* maladie qui en effet, d'après Seitz, se manifesta pour la première fois pendant une épidémie de fièvre puerpérale à Leipsig, dans l'année 1650. On prétend que la *Miliaria uterina* (car c'est le nom qu'on a donné à la miliaire qui accompagne la fièvre puerpérale) siége sur l'abdomen et les cuisses des femmes en couches, notamment lorsque ces parties, la malade craignant de prendre froid, ont été tenues trop chaudement ou recouvertes de cataplasmes. Mais j'ai vu des éruptions de *Miliaria crystallina* chez des femmes gardant le lit depuis peu, dans des circonstances où l'on n'avait administré aucun sudorifique et dans lesquelles on n'avait pas fait usage de cataplasmes. Les vésicules étaient survenues sur la poitrine et le cou tout aussi bien que sur l'abdomen.

3° Dans ce qu'on appelle le *rhumatisme articulaire aigu.* — Ce processus morbide (qui mérite certainement un autre nom et des recherches plus précises) est fréquemment accompagné d'une éruption de vésicules miliaires transparentes. On les observe non-seulement quand les articulations sont recouvertes de coton en rames ou d'étoupes, et à la suite de fomentations chaudes, mais aussi dans des cas traités par la méthode expectante ou par des applications de glace (Eisumschläge).

Comme tout le monde le sait, cette maladie s'accompagne souvent d'inflammation du péricarde, du cœur, des poumons, de la plèvre, c'est-à-dire des affections des organes contenus dans la cavité thoracique, et dans ce sens l'expression de « *Miliaria pectoralis seu cardiaca* » est parfaitement exacte. Mais il ne faut pas supposer que la miliaire se produise seulement comme conséquence d'une maladie du cœur, car il n'en est rien.

4° Dans les différents exanthèmes (*Miliaria exanthematica*), et spécialement dans la *Scarlatine,* constituant la « *Scarlatina miliaris* ». Cette éruption modifie dans une certaine mesure l'aspect de la maladie d'autant qu'on voit un certain nombre de vésicules petites, blanchâtres, disséminées sur les portions de la peau recouvertes par l'éruption scarlatineuse ordinaire. Ces vésicules ont en général une coloration blanc laiteux, et en raison de cela elles paraissent être des exemples de ce qu'on a appelé « *Miliaria alba* » des auteurs, bien plutôt que de la *Miliaria crystallina.* Cependant elles se rapportent incontestable-

ment à cette dernière affection, comme on le voit évidemment dans certains cas où existent simultanément des vésicules transparentes et d'autres couleur de lait, les dernières s'étant développées en second lieu. Dans la variole, on voit souvent apparaître après le deuxième jour de la maladie une éruption de vésicules miliaires bien marquées, occupant les espaces situés entre les différentes pustules. Dans ce cas, toutefois, il existe aussi plusieurs autres efflorescences morbides sur la peau (telles que pustules, croûtes et taches de purpura). Les vésicules ne sont pas ordinairement considérées comme dépendant de la miliaire. En effet, elles apportent toujours un grand changement à la physionomie de la maladie ; mais ce sont néanmoins des vésicules miliaires ordinaires. Leur marche ultérieure le prouve, car leur contenu ne devient pas purulent, et les lamelles d'épiderme qui forment leur enveloppe se rompent ou tombent et finalement se détachent, comme cela arrive dans les formes ordinaires de la miliaire.

5° Les maladies que je viens de nommer ne sont cependant pas les seules qui coexistent avec les éruptions de miliaire. Il est, en effet, impossible d'énumérer tous les états morbides durant lesquels cette affection peut se présenter ; je dirai seulement, d'une manière générale, qu'il y a très-peu de maladies fébriles ou inflammatoires dans le cours desquelles la miliaire ne puisse pas faire son apparition, et cela sans modifier en aucune manière la nature, le progrès ou la terminaison de l'affection primitive ; mais il ne faut pas oublier que je parle actuellement de la *Miliaria crystallina* et non de la *M. rubra* ou de la *M. alba* que je regarde comme identiques avec les sudamina. Maintenant, les maladies fébriles dans le cours desquelles la miliaire apparaît ne sont souvent accompagnées d'aucun changement local appréciable, ou du moins facilement reconnaissable, ou présentent pour leur diagnostic des difficultés telles qu'on peut facilement les méconnaître. Ceci étant, comme l'éruption de vésicules miliaires est apparente et a une forme remarquable, on l'a considérée comme caractéristique de la maladie. Ces cas ont été en effet rapportés à un exanthème spécial, qu'on a désigné sous le nom de miliaire et supposé être une affection essentielle, tandis qu'on doit les regarder simplement comme une éruption exanthématique concomitante. A l'appui de cette opinion, je puis citer le témoignage de Helm et d'autres médecins qui, à une époque où la signification attachée au mot typhus (1) n'était pas partout la même, pratiquaient en Italie ou dans d'autres pays où des opi-

(1) Voyez la note, p. 299.

nions exactes, basées sur l'anatomie pathologique, n'avaient pas encore été généralement acceptées. Car ces observateurs mentionnaient des cas de typhus dont le diagnostic avait été confirmé par un examen post mortem et dans lesquels on rencontrait une grande quantité de vésicules miliaires; mais il arrivait que d'autres médecins avaient regardé de tels cas comme des exemples de « *Febris miliaris* », et non de typhus.

On peut donner la même explication de l'affection connue sous le nom de *Miliaria puerperalis*. Il n'y a pas longtemps que la véritable nature du processus morbide qui donne naissance à la fièvre puerpérale a été démontré par les recherches pathologiques. Mais avant ces travaux, de tels cas, quand ils étaient accompagnés d'une éruption miliaire, étaient considérés comme se rapportant à une fièvre essentielle, qu'on désignait sous le nom de miliaire. Aujourd'hui cette opinion est tout aussi surannée que celle autrefois en vigueur que le lait peut opérer une métastase à la peau (Galactophlysis, Galactidrosis), aux méninges, au cerveau, ou sur les autres organes internes.

ÉTIOLOGIE.

Selon toute apparence, il y a de si grandes différences entre la fièvre puerpérale, le typhus et les autres affections pendant lesquelles la *Miliaria crystallina* se présente, qu'on ne peut raisonnablement pas supposer qu'une affection cutanée identique soit due au même agent qui engendre chacune de ces maladies principales. Je conclus, au contraire, que c'est pendant l'évolution de cette maladie que se développe la cause excitante de l'éruption miliaire. J'ai depuis lors observé que la miliaire n'apparaît pas au commencement de l'affection primitive, mais à une époque plus avancée de sa marche et même lorsqu'elle touche à sa fin. On peut donc naturellement admettre que ce processus pathologique est lui-même la cause de l'état morbide qui donne naissance à l'éruption.

On observe que les convulsions sont souvent les précurseurs de cette affection cutanée, et que dans beaucoup de cas (comme, par exemple, dans la fièvre puerpérale) elle est accompagnée d'infection purulente. Par le fait, des dépôts purulents existent quelquefois lorsque la miliaire fait sa première apparition, et quoiqu'ils ne se forment qu'après les conditions morbides qui les amènent, ils existent toujours avant le développement de l'éruption. Aussi est-il juste de supposer que la miliaire est toujours le résultat d'un processus pyémique.

Je ne me dissimule pas que jusqu'à présent on n'a pas donné une

signification bien précise au terme de pyohémie, et qu'il est réservé à l'avenir d'expliquer d'une manière plus exacte cet état morbide. Mais il est certain que la *Miliaria crystallina* ne se développe que comme le résultat d'un processus morbide dont les conditions et les symptômes sont ceux de la pyohémie (autant qu'on peut les connaître et les comprendre aujourd'hui) et que l'existence de cette éruption indique par conséquent la présence de cette affection.

DIAGNOSTIC.

En commençant la description de cette maladie, j'ai précisé les distinctions existant entre la *M. rubra*, la *M. alba*, et la *M. crystallina.* J'ai établi que les deux premières de ces affections se rapportent au *sudamina*, et sont des éruptions artificielles, produites par la chaleur et la sueur. Maintenant la description de ces variétés de miliaire viendra naturellement quand je parlerai de l'étiologie de l'eczéma; et, par conséquent, mon principal but est de définir à présent avec soin la dernière variété, la *M. crystallina,* la miliaire *par excellence*, et d'étudier les caractères au moyen desquels on peut la distinguer de toutes les éruptions analogues.

Il n'existe aucune affection vésiculeuse dans laquelle la ressemblance des vésicules avec les gouttes de rosée soit aussi prononcée que dans la miliaire, le liquide qu'elles renferment ne devient jamais jaune et purulent, et ne se dessèche pas non plus en croûtes jaunes ou brunâtres. En effet, ces vésicules ne sont passibles que de quelques légers changements. Elles ne se réunissent pas les unes aux autres, mais restent toujours isolées; elles ne sont pas disposées en groupes; leur base n'est jamais rouge; et elles ne sont jamais entourées par un bord ou une aréole de cette couleur. En outre, les parties qui ont été une fois le siége de cette affection ne sont pas exposées à être de nouveau envahies par elle. Enfin, la miliaire n'est accompagnée d'aucune sensation subjective de démangeaison ou de picotement; en effet, il n'existe pas de modifications anormales appelant l'attention du malade sur la présence de l'éruption.

Les particularités des vésicules de la miliaire, et l'existence constante de quelque autre état morbide (qui, dans la condition parfaite de nos moyens actuels de diagnostic, peut en général être facilement déterminée), lèvent toute difficulté pour le diagnostic de cette affection. Si l'on se rappelle bien les caractères que j'ai établis, il sera presque impossible de confondre la miliaire avec l'eczéma, l'herpès, la varicelle, et même avec les sudamina.

PRONOSTIC.

Comme cette éruption est toujours concomitante de quelque affection générale, ou (selon l'opinion que j'ai émise) d'un état pyohémique, cette considération soulève, au point de vue du pronostic, une importante question, celle de savoir si la maladie générale est atténuée ou aggravée par l'apparition de la miliaire, et si la présence de celle-ci doit nous conduire à porter un jugement favorable ou défavorable. Or, l'observation montre que cette affection vésiculeuse peut survenir quand la convalescence commence, et qu'elle se montre aussi dans les cas qui ont une terminaison fatale. Autant que je sache, en effet, il n'existe aucunes données statistiques d'après lesquelles on puisse déterminer la fréquence relative de la mort et de la guérison dans le typhus, la fièvre puerpérale, etc., lorsque ces maladies sont compliquées de miliaire. Mais, d'après mon expérience et celle de mes collègues, les personnes qui ont été guéries du typhus et chez lesquelles on avait constaté l'existence de cette éruption, sont à peu près aussi nombreuses que celles qui en sont mortes. Au moment où la miliaire se déclare on n'observe ni diminution ni aggravation dans les symptômes; et dans l'école de médecine de Vienne on n'attache à la présence de cette maladie aucune signification pronostique, soit favorable, soit défavorable. On s'explique parfaitement que les hommes de l'art aussi bien que le public en général soient effrayés de cette éruption, surtout en raison de sa durée éphémère, de la tendance qu'on lui suppose à rétrocéder et à amener des métastases. Car s'il y a une éruption qui reste visible même après la mort, c'est certainement celle-là. Les autres maladies cutanées ne peuvent être reconnues sur le cadavre que lorsque quelques-uns de leurs résultats tels que pustules, croûtes ou taches hémorrhagiques existent encore, car la simple rougeur de la peau et les affections exsudatives légères disparaissent même avant la mort. Mais les vésicules de la miliaire présentent le même aspect pendant la vie ou sur le cadavre. On les rencontre plus facilement alors sur la poitrine et la peau des aisselles.

C'est toutefois une croyance populaire, et on la trouve même consignée dans plusieurs livres, que la disparition de cette éruption est dans certains cas une cause de mort subite. En décrivant les anémies de la peau, j'ai déjà exprimé mon opinion relativement aux efflorescences que l'on suppose dues à la rétrocession de diverses maladies, et j'ai montré qu'elles sont en général la conséquence d'un état anémique

des vaisseaux sanguins cutanés. Mais dans la miliaire il n'existe aucune hypérémie, le liquide étant simplement accumulé sous forme de gouttes au-dessous de l'épiderme. Aussi est-il facile de comprendre que ces vésicules restent visibles, même sur le cadavre. Pour moi, la métastase de cette maladie dans les organes internes est une supposition tout à fait imaginaire. Par le fait, je la regarde elle-même comme étant due à la formation de dépôts métastatiques dans la peau.

TRAITEMENT.

J'ai montré que la miliaire est une affection subordonnée, qui accompagne d'autres maladies sans modifier en rien leur marche; elle n'est passible de métamorphoses d'aucune espèce et se termine toujours dans un court espace de temps ; j'ai donc ainsi indiqué déjà le principe d'après lequel je la traiterai, principe que je puis exprimer par un seul mot « l'expectation ». Je suis d'autant plus de cette opinion que la miliaire n'occasionne aucune douleur réclamant un traitement spécial.

Je n'ai surtout aucun désir *de faire sortir* cette éruption, l'expérience démontrant que cela n'amène aucun amendement aux autres symptômes dont le malade peut souffrir; je ne voudrais pas non plus, en suivant l'exemple de Schönlein et de son école, *la fixer*, car je ne redoute pas sa disparition et sa soi-disant tendance à rétrocéder. En ce qui concerne la thérapeutique, je *ne m'occupe pas* de la miliaire et je traite le malade d'après ses autres symptômes, comme si elle n'existait pas. Je puis dire notamment que si la maladie primitive, comme par exemple une atteinte de rhumatisme aigu, exige l'emploi de lotions froides ou même de la glace, la présence de l'éruption ne m'empêcherait point d'y avoir recours. Car dans les salles du professeur Skoda j'ai souvent remarqué que l'application pendant plusieurs jours de vessies remplies de glace sur les jointures ou même sur la région cardiaque n'empêche pas la formation des vésicules de la miliaire qui sont, dans ces circonstances, aussi développées que lorsqu'on a mis des cataplasmes chauds ; je n'ai pas vu non plus les malades souffrir de ces applications froides.

Je proteste énergiquement contre l'usage dans cette affection d'irritants locaux, y compris même les lotions chaudes recommandées par Schönlein, qui consistent en une demi-once ou une once de potasse caustique dissoute dans huit ou dix onces d'eau. Car outre que la miliaire ne peut pas être attirée à la surface par cette médication, je suis sûr que ces irritants cutanés et surtout ces fortes solutions de

potasse peuvent provoquer un eczéma artificiel; cela a du reste le désavantage de tourmenter le patient (qui a bien assez à souffrir déjà de la maladie originaire dont il est atteint) sans qu'on lui inflige une nouvelle affection de la peau accompagnée de démangeaison; tandis que la miliaire seule se terminerait sans lui avoir occasionné aucun désagrément.

III. — Pemphigus aigu ou fébrile (Blasenfieber).

On lit fréquemment dans les traités des maladies de la peau, ainsi que dans les journaux de médecine, des descriptions d'une affection appelée *Pemphigus acutus*, qui parcourt, dit-on, des périodes régulières (*stadia prodromorum*, *eruptionis*, *floritionis*, *decrustationis*) comme les exanthèmes, se termine au plus tard en quatre semaines et n'a aucune tendance à la récidive. Je n'ai jamais été assez heureux pour rencontrer un pemphigus présentant ces caractères; non-seulement l'occasion ne s'en est pas offerte parmi les malades confiés à mes soins (dont le nombre dépasse aujourd'hui 80 000), mais encore je m'appuie sur l'expérience de tous mes collègues de la ville, de l'hôpital général ou des autres établissements nosocomiaux. Pour une période de plus de vingt ans, cela représente un chiffre énorme de malades qu'on peut évaluer environ à un million. Or, dans ce nombre, je n'ai pas encore observé un seul cas de pemphigus typique aigu ayant une marche semblable à celle des exanthèmes. Je ne prétends pas affirmer qu'*une ou deux* bulles ne puissent quelquefois se développer spontanément, et après une durée éphémère, disparaître sans qu'il en survienne d'autres ultérieurement. Cette maladie peut s'observer chez des personnes antérieurement bien portantes (quoique ce soit une affection rare, à moins qu'elle ne doive son origine à quelques irritants locaux) ou chez des individus atteints de maladies fébriles, et spécialement quand elles résultent d'un empoisonnement du sang, tel qu'une fièvre puerpérale, une fièvre continue, la variole, etc. Dans ces affections, l'apparition de quelques bulles disséminées peut être l'effet d'une métastase. Mais pour qu'on soit autorisé à employer le mot *pemphigus*, il faut qu'il y ait quelque chose de plus qu'une bulle éphémère. Dans cette circonstance, comme dans tous les autres cas de diagnostic, on doit distinguer entre les symptômes et les maladies, entre l'importance d'une seule bulle et celle de plusieurs. Dans toutes les questions de cette nature il faut baser ses conclusions sur la marche de l'affection et sur la manière dont les symptômes se

succèdent les uns aux autres. Personne ne voudrait dire qu'on a affaire à une variole, par cela seul qu'il existe deux pustules sur une partie quelconque de la surface cutanée; ne voudrait affirmer qu'un malade est atteint de choléra parce qu'il a eu une ou deux fois des évacuations alvines et des vomissements. Eh bien! il n'existe pas de meilleure raison pour soutenir que l'on est en présence d'un cas de pemphigus lorsqu'il y a une seule pustule. Il m'est donc impossible d'admettre l'exactitude d'un tel diagnostic, à moins que le fait ne réponde sous tous les rapports à la description que les auteurs ont donnée de cette affection.

Les causes qui ont donné naissance à l'opinion qu'il existe un pemphigus exanthématique aigu sont probablement les suivantes :

1° Les bulles éphémères qui apparaissent dans diverses autres maladies, telles que la variole, ont été rapportées à un *pemphigus aigu.*

2° La *varicella bullosa*, et ces formes de l'herpès (notamment l'*H. Iris*) dans lesquelles les vésicules se transforment fréquemment en bulles ont été considérées comme appartenant au pemphigus.

3° Les différentes éruptions bulleuses qui caractérisent le pemphigus chronique, et dont la durée est souvent éphémère, ont été prises pour des exemples de la forme aiguë de la maladie. — Quand je décrirai le pemphigus chronique, je traiterai cette question avec de plus longs développements.

4° L'urticaire, non-seulement dans sa variété aiguë, mais même dans sa forme chronique, présente quelquefois cette particularité que, au lieu d'élevures, il survient à certains endroits des bulles. Mais on ne saurait s'étonner de cette forme exceptionnelle quand on se rappelle que les élevures elles-mêmes résultent de l'extravasation du sérum, et qu'une augmentation dans la quantité de ce liquide suffit seule à soulever l'épiderme au-dessus de l'élevure et à engendrer une pustule. Ce fait était connu même des plus anciens auteurs, comme l'indiquent les expressions « *Urticaria vesiculosa, U. bullosa* », que l'on rencontre dans la littérature médicale.

5° Tout le monde sait que l'érysipèle s'accompagne quelquefois de bulles de différentes grosseurs, lesquelles, toutefois, sont limitées au siége primitif de la maladie, ne s'étendant jamais aux parties saines adjacentes de la peau. On s'est cependant longtemps servi du nom d'*Erysipelas vesiculosum* et *bullosum* pour désigner cette forme de l'affection.

6° Enfin, les enfants sont sujets à une maladie cutanée dans laquelle il se développe des bulles, affection qui, comme toutes les autres

maladies infantiles, a une marche beaucoup plus rapide que chez les adultes. Si l'on n'a pas regardé ces cas comme des exemples de pemphigus chronique, cela tient simplement à ce que c'est d'après la durée seule qu'on juge en général si une maladie est aiguë ou chronique. Mais assurément personne n'affirmera que, parce que le *Pemphigus syphiliticus neonatorum* se termine très-promptement par la mort de l'enfant qui en est atteint, l'affection est pour cette raison un *P. acutus*, et ce que je dis de cette maladie syphilitique est également vrai de toutes les autres éruptions bulleuses auxquelles les enfants sont exposés, et qui ont été décrites par des écrivains médicaux sous le nom de *Rupia escharotica*, ou *Pædophlyctis*.

Je pense avoir ainsi justifié l'opinion émise plus haut et que j'espère sincèrement voir adopter quant à l'existence d'un *Pemphigus acutus* (*Febris pemphigosa*, *bullosa*, *ampullosa*, *Epinyctis*, *Thermintus*, etc.)

Je voudrais engager ceux qui peuvent désirer consulter les ouvrages sur cette question non-seulement à parcourir les traités de dermatologie de Willan, Bateman, E. Wilson, S. Plumbe, Alibert, Cazenave et Schedel, Rayer, Fuchs, J. Frank (Band I, S. 137), Devergie, Gibert, Duchesne-Duparc, etc., mais encore les ouvrages spéciaux suivants : « Ideen zur Diagnostik », von J. E. Wichmann. Hanover, 1794 (Band I, p. 82); « Versuch über den Pemphigus und das Blasenfieber », von C. G. C. Braune. Leipsig, 1795 ; « Monographie du Pemphigus, ou Traité de la maladie vésiculaire », par Gilibert. Paris, 1813; « Annales des maladies de la peau et de la syphilis, » publiées par A. Cazenave, t. IV, mars 1852, p. 141; « Ueber die Unzulänglichkeit der bisherigen Pemphigus-Diagnose », von Dr. A. Lafaurie. Würzburg, 1856. A la page 12 de cette dernière monographie, le lecteur trouvera un exposé détaillé de la littérature sur ce sujet.

CHAPITRE XVI

PSORIASIS.

IVe Classe (suite). — **Dermatoses exsudatives chroniques.**

(Schuppenflechte; trockene Flechte; Lepra Willani; Herpes squamosus, furfuraceus; Dartre squameuse centrifuge d'Alibert; Dartre sèche.)

Depuis Willan, on a appliqué le nom de psoriasis à une maladie de la peau caractérisée par le développement d'écailles blanches entassées les unes sur les autres, constituant des masses de la grosseur de la miliaire ou d'une lentille, de forme discoïde, en cercles ou segments de cercles. Ces écailles reposent sur une base rouge, légèrement élevée et saignant facilement (1).

Dans le psoriasis les plaques isolées, qui peuvent être limitées comme de petits amas d'écailles situés sur une base rouge, sont toujours distinctes au début; c'est seulement à mesure que la maladie progresse qu'elles se rapprochent les unes des autres, ou se réunissent. Cette affection, bien qu'elle ait une prédilection toute spéciale pour les coudes et les genoux, peut envahir toutes les régions du corps. Mais chaque plaque est le plus souvent séparée des autres par un espace de peau saine d'une étendue plus ou moins considérable. En règle générale, la durée du psoriasis se prolonge pendant plusieurs années, durant le cours desquelles, toutefois, il subit des modifications fréquentes dans sa forme, et souvent disparaît pendant des intervalles plus ou moins considérables.

Dans (1) les ouvrages d'Hippocrate, de Galien et d'Aëtius, on trouve que le mot *psoriasis* est employé pour désigner des éruptions écailleuses occupant la face et les organes génitaux, et qu'on distingue de la *psora helcodes* et de la *psora leprodes*. Ainsi, bien que ce terme fût usité par les auteurs grecs, ils s'en servaient dans un sens différent

(1) Ce dernier phénomène n'est rien moins que fréquent, et dans tous les cas ne nous semble pas mériter d'être placé, dans une définition, au rang des signes caractéristiques de la maladie. (A. D.)

(2) Dans mon « Atlas des maladies de la peau », publié par l'Académie impériale des sciences, j'ai complétement traité l'historique de cette affection. J'indique seulement ici les points qu'il est le plus utile de connaître.

de celui qu'il a aujourd'hui ; car, d'après d'autres passages des auteurs que je viens de mentionner, et les ouvrages de Paul Égine et d'Actuarius, on peut démontrer que par les mots *Lepra*, *Alphos*, *Lichen* et *Psora*, ces écrivains désignaient des affections de la peau où la surface cutanée seule, et non toute son épaisseur, est envahie, dans lesquelles il survenait des écailles en quantité énorme, et reparaissant périodiquement. Or, à cette description, il est facile de reconnaître la maladie de la peau dont je m'occupe actuellement.

Dans Celse (1), on trouve des descriptions de deux affections correspondant à notre psoriasis. L'une d'elles est sa seconde espèce d'impétigo, qu'il définit dans les termes suivants : — « *Alterum genus (impetiginis)..... figuras varias habens : squamulæ ex summâ cute discedunt...... celerius et latius procedit, certioribusque etiamnum, quam prior, temporibus et fit et desinit. Rubra cognominatur* ». L'autre est cette forme de vitiligo à laquelle il donne le nom d'*Alphos*, et dont il dit — « ..... *ubi color albus est, fere subasper et non continuus ut quædam* QUASI GUTTÆ DISPERSÆ *esse videantur : interdum etiam latius et cum quibusdam intermissionibus serpit.* »

Parmi les médecins de l'école arabe il ne paraît y avoir eu aucun accord quant à la définition de la maladie que les Grecs avaient appelée *lepra*, *alphos*, etc. Ainsi, tandis que Alsaharavius décrivait sous les dénominations de *morphœa* et d'*albaras* une affection écailleuse de la peau qui peut certainement répondre à notre psoriasis, Serapion employait l'expression *bothor* (*papula*) pour indiquer une maladie accompagnée de démangeaison, avec formation d'écailles semblables à du son, rudesse et fissuration de l'épiderme. De plus, on voit que Hali Abbas spécifiait, sous le nom de *serpedo* ou *petigo*, une affection cutanée présentant des écailles arrondies, analogues à celles des poissons, envahissant la surface de la peau, et ne donnant lieu à aucune excoriation. Enfin, on rencontre dans les ouvrages arabes le mot *usagro*, terme qui servait aussi à désigner des affections chroniques du tégument, accompagnées de la production d'un grand nombre d'écailles.

On sait parfaitement que, pendant le moyen âge, c'était l'usage d'étudier les maladies, non à l'aide de recherches originales, mais simplement en prenant comme un texte les écrits des Grecs et des Romains qu'on cherchait seulement à commenter ; et ce fut, sans doute, la raison pour laquelle on accordait moins d'attention aux observations indépendantes qu'à des appréciations sur les ouvrages des auteurs an-

(1) « De Medicina libri octo », libr. V, cap. 28 (17 et 19).

ciens. Ainsi, dans aucun des livres qui parurent entre le XIIIe et le XVIIIe siècle, y compris ceux de Mercurialis, Hafenreffer, Manardus, Sennert, etc., ne trouve-t-on une définition répondant mieux au psoriasis que celle de Celse. Ni Lorry ni Plenck n'ont donné une description exacte de cette affection vulgaire, bien qu'il soit impossible de nier que ces deux auteurs aient possédé des connaissances historiques, et ne doivent aussi passer pour des observateurs soigneux de la nature. Par le fait, ils se laissèrent entraîner par le mauvais usage, qui prévalait alors, du mot *lepra* (lèpre), et en conséquence, ils décrivirent comme des espèces de « lepra » toutes les affections dans lesquelles la peau offrait un aspect « dégoûtant », ou qui étaient particulièrement rebelles et recouvraient toute la surface du corps. La signification des mots *lepra*, *psora*, et *psoriasis*, tels qu'ils furent employés par les médecins de l'antiquité et par ceux du moyen âge, fut donc si obscure qu'on ne doit pas s'étonner que Willan, influencé par les opinions de son temps, ait supposé que les maladies qu'il désignait sous les noms de *lepra* et de *psoriasis* fussent la *lepra* et la *psora* des Grecs. Sur les affirmations de Paul d'Égine — que la *lèpre* forme des plaques circulaires sur lesquelles il y a des écailles analogues à celles des gros poissons, et que la *psore* est plus superficielle, présente diverses formes, et tend à la production d'une substance semblable à du son — Willan sépara en deux la maladie (psoriasis) dont je parle maintenant. De ces deux affections, il appela l'une *Lepra Græcorum*, parce qu'elle présentait des plaques circulaires; l'autre *Psora leprosa*, ou (pour éviter des erreurs) *psoriasis*, car, comme tout le monde le sait, le mot *psora* avait aussi été usité pour désigner une autre affection de la peau, particulièrement la gale. Depuis l'époque de Willan, on a démontré qu'il n'existe aucune raison pour diviser ainsi arbitrairement une maladie en deux, et celles-ci encore en nombreuses espèces. Néanmoins, à cet auteur revient l'honneur d'avoir été le premier à appeler l'attention sur la physionomie spéciale de cette affection de la peau, et de l'avoir, dans l'origine, décrite et représentée comme une maladie *sui generis*.

Ainsi, je reconnais complétement le mérite de Willan dans la description de cette dermatose; mais il faut en même temps remarquer que plusieurs de ses variétés de psoriasis ne méritent nullement ce nom. Ainsi, les affections représentées fig. 2, pl. IX, fig. 2. pl. X, et et aussi pl. XI de l'ouvrage de Bateman (1), sous le nom de *Psoriasis*

(1) « Delineations of Cutaneous Diseases, exhibiting the appearances of the principal genera and species in the classification of Dr Willan ». By Dr Thomas Bateman. London, 1817.

diffusa, appartiennent en réalité, non au psoriasis, mais à cette forme sèche d'eczéma dans laquelle on n'observe pas de croûtes, mais simplement des plaques rouges recouvertes d'écailles,— maladie qui porte actuellement et avec raison le nom d'*Eczema squamosum, seu Pityriasis rubra.* Il doit donc être évident, pour toutes les personnes familières avec ces questions, que les définitions de psoriasis et de lèpre par Willan, ne sont pas correctes. En effet, même ses contemporains furent opposés à la division du psoriasis en deux maladies. Ainsi Plumbe remarque qu'on rencontre fréquemment des cas dans lesquels le médecin ne sait s'il doit appeler l'affection psoriasis ou lèpre. Cependant, Erasmus Wilson, Thomson, Parkes et d'autres auteurs anglais modernes, ont adopté la nomenclature de Willan. A cet égard, M. Hunt est, il est vrai, une exception, car il établit nettement que le psoriasis et la lèpre de cet auteur sont une seule et même maladie.

Dans son temps, aussi, Alibert s'opposa à l'emploi du terme *Lepra vulgaris* dans le sens où l'employait Willan. Il remarqua avec justesse que le nom effrayant de lèpre n'est nullement approprié à une affection aussi peu importante. Mais, malgré son exemple, plus tard des dermatologistes français (Biett, Rayer, Cazenave, Gibert, Devergie et Chausit) adoptèrent la nomenclature de Willan, et décrivirent cette affection sous les deux chapitres distincts de lèpre et de psoriasis. Je suis heureux de dire, toutefois, que Hardy et Duchesne-Duparc font exception à cette règle ; car ils reconnaissent l'unité de la maladie, et la désignent simplement sous le nom de psoriasis.

D'un autre côté, des dermatologistes allemands (Fuchs, Riecke et Simon) ont prétendu qu'on devrait se servir d'un seul terme pour réunir les affections, décrites isolément par Willan et Bateman, sous les noms de psoriasis et de lèpre. En outre, dès l'année 1841, j'essayai moi-même d'expliquer comment le psoriasis arrive à présenter la forme annulaire, que Willan regardait comme caractéristique de la lèpre. J'ai mis ainsi hors de toute discussion que, entre ces affections, il n'existe aucune distinction, si ce n'est une différence de forme, qui n'a rien d'essentielle ; et j'ai aussi démontré qu'il n'est nullement nécessaire de diviser le psoriasis en espèces, puisque les divers aspects que présente cette maladie peuvent tous être attribués, soit à ce qu'elle occupe certaines régions du corps, soit au mode suivant lequel elle se développe et suivant lequel a lieu son évolution, soit à son degré d'étendue sur la surface de la peau, soit enfin à la manière dont les plaques sont groupées.

CARACTÈRES DU PSORIASIS.

A son début, cette affection présente toujours des papules qui sont d'une coloration blanche et de la grosseur d'une tête d'épingle, et qui, par le fait, constituent simplement des amas de cellules épidermiques détachées de manière à former des écailles entassées les unes au-dessus des autres.

Dans certains ouvrages, il est dit que le psoriasis peut commencer par la formation de papules ou de vésicules. Mais il m'est impossible d'avouer que l'un ou l'autre de ces termes soient appropriés, car il me paraît que cette maladie, à son origine et ultérieurement, consiste simplement dans l'accumulation de couches épidermiques, superposées de manière à produire de petits amas d'écailles, comme autant de taupinières. Ces masses ne sont jamais seules, mais existent toujours en nombre considérable. Elles sont, cependant, constamment séparées par des intervalles de peau saine d'une étendue plus ou moins grande. Ces masses étant donc au commencement punctiformes, on appelle l'affection un *Psoriasis punctata.*

Cependant, elles augmentent plus ou moins rapidement en grandeur, et ainsi deviennent aussi grosses que des lentilles ; cela arrive souvent dans l'espace de quelques jours, mais quelquefois ce n'est qu'après un temps plus long. A cette période, elles ressemblent à des gouttes de mortier comme volume, couleur et aspect ; et de là vient le nom de *Psoriasis guttata.* Mais pendant que les taches formées en premier lieu se développent, de nouvelles plaques, présentant le caractère punctiforme, surviennent dans les espaces sains intermédiaires ; de sorte que l'on trouve toujours associé au « Psoriasis guttata » un « Psoriasis punctata ».

Par un processus semblable à celui que je viens de décrire, les taches de psoriasis continuent de s'étendre à leur périphérie, deviennent ainsi graduellement discoïdes et atteignent la grosseur d'un pois, d'une noisette et même d'une noix (1), sans aucun autre changement dans leur aspect. Pendant cette période du psoriasis, par conséquent, on trouve

(1) Ces termes de comparaison, empruntés à des corps usuels offrant un certain volume, pourraient donner une idée défectueuse des plaques dont ils prétendent indiquer les dimensions. C'est du reste un reproche que mérite toute la littérature médicale allemande : c'est ainsi que, jadis, Rienecker, pour faire juger de l'étendue d'une ulcération, la comparait à un œuf. Sous ce rapport, notre langue est assurément plus correcte ; car, lorsqu'elle veut indiquer les dimensions de lésions étendues surtout en surface, ce sont toujours des corps aplatis, comme les diverses pièces de monnaie, qu'elle prend pour unités. (A. D.)

de nombreuses plaques discoïdes, ayant les dimensions de l'une ou de l'autre des pièces de monnaie en usage, et recouvertes d'une certaine quantité d'écailles blanches intimement adhérentes. Toutefois, il sera toujours facile de reconnaître en même temps des taches de *P. punctata* et de *P. guttata*, qui se sont développées sur d'autres points, pendant que celles survenues en premier lieu ont été en augmentant de volume. Un psoriasis présentant cet aspect est celui décrit et représenté par les auteurs sous le nom de *P. nummularis*, *P. circumscripta* ou, ce qui est préférable, *P. discoidea*.

Lorsqu'une grande quantité de plaques de psoriasis se sont ainsi développées, elles ne restent plus longtemps parfaitement isolées. Car, comme elles continuent de grossir, leurs bords se rapprochent et se confondent ; et par conséquent, leur forme devient irrégulière et leur volume variable. Et ce processus ne met pas un terme au progrès de l'affection ; car, non-seulement il se produit un accroissement continuel des plaques isolées, mais on en voit survenir de nouvelles présentant les mêmes caractères. Cette évolution peut même continuer au point que, d'un côté, les plaques atteignent l'étendue de la paume des mains ou deviennent encore plus grandes ; et, d'un autre côté, de nouvelles petites taches se forment en si grand nombre que presque toute la surface du corps paraît être envahie. Un tel état constitue le *Psoriasis diffusa*, *inveterata*, *agria*. Même dans des cas de cette espèce, cependant, à très-peu d'exceptions près, la peau n'est jamais complétement malade. Entre les parties affectées, il reste toujours des points d'une étendue variable, qui sont encore sains.

Quand le psoriasis a recouvert une surface plus ou moins grande de la manière que je viens de décrire, la forme des plaques éprouve toujours tôt ou tard un autre changement. Il consiste parfois dans la séparation, sur certaines régions et même partout, d'amas d'écailles épidermiques semblables à du mortier blanc, qui se détachent, laissant voir des plaques d'un rouge brillant, un peu élevées au-dessus du niveau de la peau saine. Dans d'autres circonstances, la dénudation est plus limitée. Les écailles alors en général se détachent, non de toutes les plaques discoïdes ou nummulaires, mais seulement du centre de chacune d'elles, celles situées sur le bord restant adhérentes, et les plaques présentent un aspect circulaire ou nummulaire, comme dans les formes décrites par Willan sous le nom de lèpre (1).

(1) *Op. cit.*, pl. VII.

Ce caractère annulaire est, toutefois, plus prononcé à une période encore plus avancée de l'affection, lorsque la peau du centre des plaques, primitivement rouge, devient pâle, de sorte que l'on observe des espaces de peau saine entourés de cercles d'écailles, ou si elles sont tombées, d'anneaux présentant simplement une coloration rouge (1). Chacun de ces anneaux, qu'il soit ou non recouvert de squames, augmente encore en grosseur comme la plaque primitive dans ses périodes punctiforme, guttiforme et discoïde; tandis que, d'un autre côté, le processus de cicatrisation avance toujours vers son bord interne. Les cercles présentent donc des dimensions variables. En outre, comme les plaques ordinaires de psoriaris, ils arrivent, à mesure qu'ils s'étendent, à être en contact, donnant ainsi naissance à d'autres variétés. En effet, les nouvelles figures qui sont produites par la réunion de deux ou de plusieurs de ces anneaux sont bien plus apparentes que celles décrites ci-dessus.

Les dessins que l'on observe dans ces cas fournissent l'occasion de vérifier une loi commune, non-seulement au psoriasis, mais à toutes les autres éruptions dans lesquelles des plaques isolées se réunissent en s'étendant par la circonférence. Cette loi peut être brièvement formulée dans les termes suivants : — « Si deux ou plusieurs plaques d'une affection cutanée se trouvent en contact par le fait de leur accroissement de volume, leur progrès ultérieur est arrêté sur les points où elles se rencontrent. » Ainsi, bien loin de voir un anneau passer dans un autre, et les deux continuer de s'étendre (comme on aurait pu le supposer), ni l'un ni l'autre des deux segments ne se forment. Lorsqu'il existe deux cercles, il en résulte une figure en forme de 8 ; lorsqu'il y en a trois, elle ressemble à une feuille de trèfle.

Les contours ainsi produits peuvent encore continuer de s'étendre, et s'unir à de nouveaux anneaux qu'ils rencontrent ; et c'est ainsi que se forment les lignes flexueuses et les dessins les plus remarquables, qui varient tellement, il est vrai, qu'il est impossible de déterminer leur caractère exact. Mais, quelle que soit leur forme précise, ils sont toujours composés de segments de cercles. Aussi est-il impossible qu'ils puissent offrir les apparences décrites et représentées dans certains ouvrages, et même dans la douzième planche de Willan, sous le titre de *P. gyrata*. Toutefois, je conserve ce nom pour les figures flexueuses qui se forment, suivant la loi indiquée ci-dessus, dans tous les cas rebelles de psoriasis. Dans mon « Atlas des Maladies de la peau » (2), on trouve une

(1) Hebra's « Atlas der Hautkrankheiten, » 3, Liefrg., Taf. V.
(2) 3 Liefrg., Taf. VI.

représentation fidèle de cette variété de la maladie, qui m'a permis de démontrer que le *P. gyrata* et le *P. orbicularis* (la lèpre de Willan) ne réclament aucune dénomination spéciale, mais constituent simplement des modifications accidentelles, coïncidant, en effet, avec d'autres plaques qui présentent tous les caractères décrits ci-dessus comme appartenant à la première période du psoriasis (1).

Continuant mes observations sur le cours normal de cette affection, je trouve qu'elle peut disparaître spontanément, persister longtemps sans perdre de son intensité ou éprouver des exacerbations de temps à autre. Lorsqu'il en est ainsi, de nouvelles plaques apparaissent continuellement, elles sont d'abord punctiformes, mais passent par les mêmes modifications que les autres, jusqu'à ce qu'enfin elles prennent le caractère flexueux.

On reconnaît que le psoriasis commence à éprouver une décroissance spontanée, à ce que les masses d'écailles épidermiques sont moins adhérentes, et se détachent plus facilement de la surface rouge sur laquelle elles reposent; et, après quelque temps, tombent d'elles-mêmes, de manière à laisser voir des plaques rouges d'une forme circulaire ou annulaire, et seulement un peu élevées au-dessus du niveau de la peau saine. Plus tard, ces plaques elles-mêmes perdent leur coloration rouge foncée, la peau devenant graduellement de plus en plus pâle, et ayant en dernier lieu un aspect parfaitement normal en apparence.

(1) M. M' Call Anderson (*), de Glasgow, a le premier décrit et représenté dans une planche une variété nouvelle à laquelle il a donné le nom de *P. rupioides*. Selon cet auteur, ce serait une forme intermédiaire au *P. guttata* et au *P. nummularis*. Elle est caractérisée par des croûtes coniques entourées d'anneaux concentriques, ce qui lui donnerait l'aspect de certains coquillages; le nom de *rupioides* leur aurait été attribué par suite de leur analogie avec les croûtes du rupia, bien qu'on ne trouve jamais aucune ulcération et que la peau présente les mêmes altérations que dans les formes ordinaires du psoriasis.

Nous avons vu un cas dans lequel des plaques en forme de cônes écailleux existaient sur l'abdomen, en même temps qu'*on pouvait observer sur les membres* des taches de *Psoriasis guttata*. Les amas d'écailles présentaient tout à fait l'apparence du *P. rupioides* tel que le décrit le dermatologiste écossais. Toutefois les squames étaient en général soulevées et formaient une saillie représentée par un cône dont la surface inférieure était un peu concave.

Quoi qu'il en soit de cette forme, nous ne croyons pas qu'elle doive figurer au nombre des variétés du psoriasis, du moins sous le nom de *rupioides;* car nous pensons avec M. le docteur Hillton Fagge que les personnes peu familiarisées avec les études dermatologiques pourraient croire que cette dénomination s'applique à une affection intermédiaire au psoriasis et au rupia ou à leur combinaison. C'est en effet dans ce sens qu'on a toujours employé les termes *eczematodes*, *impetiginodes*, etc., tandis qu'il s'agit simplement d'une sécrétion plus abondante de cellules épidermiques et d'une disposition particulière des croûtes qu'on pourrait désigner par une tout autre qualification.

(A. D.)

(*) *On psoriasis and lepra*, page 4.

Il ne reste ni cicatrice, ni dépôt pigmentaire, ni rien indiquant que la partie ait été le siége d'une altération morbide. Dans quelques cas, toutes les plaques de psoriasis passent en même temps par ce processus d'évolution ; dans d'autres circonstances il est plus limité, et de nouvelles taches continuent d'apparaître, de sorte que, bien que certaines plaques disparaissent, la maladie dans son ensemble ne guérit pas. C'est même ce qui arrive le plus habituellement, les plaques où cette modification se produit étant pour la plupart justement celles qui offraient la lésion la plus grave ; et ainsi, quoique le siége et la forme précis de l'éruption soient changés, elle ne s'efface pas entièrement.

Dans d'autres cas de psoriasis, toutefois, pendant que de nouvelles plaques psoriasiques se développent continuellement, aucune des anciennes ne disparaît. L'affection envahit alors graduellement tous les points qui étaient restés indemnes, et recouvre à la fin toute la surface cutanée, constituant de fait un *Psoriasis universalis* (*P. diffusa*, *P. agria*, etc.).

Les malades atteints de cette affection ne se plaignent d'aucun symptôme subjectif, si ce n'est d'une démangeaison plus ou moins vive. En effet, cette sensation même n'existe pas toujours, elle se manifeste en général simplement durant la première partie du développement des plaques. Ainsi, il y a du prurit sur toute la surface lorsqu'elles offrent les caractères du *P. punctata* et du *P. guttata*. Dans des plaques plus anciennes, les bords seuls sont le siége de prurit, et souvent il fait défaut même sur ceux-ci, à moins que les plaques n'aient de la tendance à s'étendre. On distingue facilement les parties de l'éruption qui ont été grattées de celles qui n'ont pas été touchées en ce que les premières présentent seules des croûtes brunes ou noires, résultant du sang desséché, au lieu d'être recouvertes d'écailles blanches nacrées. Ces petites croûtes noires peuvent occuper toute la surface des plaques ou être limitées à leurs bords ; ce fait permet de constater que le psoriasis n'est accompagné de démangeaison que lors de son apparition, et quand de nouvelles plaques surviennent. Même alors, aussi, cette sensation est moins intense et moins opiniâtre que dans quelques autres affections de la peau. Elle ne persiste jamais durant tout le cours de la maladie.

Dans la majorité des cas, le psoriasis apparaît en différents points disséminés sur la surface entière du corps, mais il est d'autres fois limité à quelques régions spéciales, soit au commencement, soit même pendant toute sa durée. Les coudes et les genoux sont, plus que tous

les autres, les points où l'on observe le plus habituellement cette variété restreinte de la maladie, ils sont alors occupés par quelques plaques discoïdes ou circonscrites. Après ceux-ci, la tête est la région la plus souvent affectée de psoriasis, il s'étend alors un peu au delà de l'espace couvert de longs cheveux, de manière à former souvent, sur le front, les oreilles et le cou, un rebord blanc ou rouge entourant le cuir chevelu. Lorsque cette affection envahit la peau de l'oreille externe, elle recouvre la plupart du temps toute sa surface, et pénètre jusque dans le méat auditif; et les masses d'écailles qui s'accumulent alors dans ce passage peuvent l'obstruer, et donner ainsi naissance mécaniquement à une altération temporaire du sens de l'ouïe.

Le psoriasis s'observe moins fréquemment sur la face (1). Il n'y a, à la vérité, pas un seul point de cette région qui soit à l'abri d'une attaque de la maladie; mais il m'est impossible, d'après mon expérience personnelle, de confirmer l'opinion que les paupières (et même les yeux) en soient souvent affectés, de manière à justifier l'emploi de l'expression *Psoriasis ophthalmica* dont s'est servi Willan.

Le psoriasis envahit indifféremment les autres régions du corps. Aucune prédisposition spéciale, sous ce rapport, ne s'attache ni au tronc ni aux membres, et sur ces derniers, la maladie ne paraît pas se développer autant sur les surfaces dans le sens de la flexion, que sur celles dans le sens de l'extension. La paume des mains et la plante des pieds offrent, cependant, quelque chose de particulier en ce qu'elles sont très-rarement le siége d'un psoriasis non syphilitique; tandis que tout le monde sait qu'elles sont sujettes à une affection syphilitique qui (d'après la structure anatomique propre à ces parties) présente des caractères que l'on suppose être semblables à ceux du psoriasis, et à laquelle on a, en conséquence, donné le nom de *Psoriasis palmaris syphilitica* (2).

Outre l'éruption ci-dessus décrite, il y a dans quelques cas de psoriasis un état morbide des ongles, qui est en général borné à un certain nombre de doigts et d'orteils, et plus rarement les attaque tous.

(1) Les pommettes payent souvent à cette affection un tribut assez limité, il est vrai, mais qui n'en est pas moins désagréable. (A. D.)

(2) Cette remarque diagnostique du professeur Hebra est d'une grande justesse et d'une haute valeur. Une plaque de psoriasis, par cela seul qu'elle siége à la paume ou à la plante doit, en effet, être tenue pour syphilitique. Ajoutons cependant que le psoriasis syphilitique de ces régions a un caractère qui manque rarement dans les cas un peu graves; c'est d'être précédé par une induration sous ou intra-dermique à laquelle la plaque apparente extérieurement ne fait que succéder. (A. D.)

Les ongles affectés sont plus épais qu'à l'état normal et d'une coloration plus foncée, jaune ou brune. Ils sont également ternes, rugueux et cassants, de sorte qu'ils ne dépassent pas le bout des doigts, et se brisent ou se fendillent à leurs extrémités. Lorsqu'un ongle commence à devenir malade et est encore transparent, on peut parfois voir au-dessous, sur la surface sous-onguéale, une petite plaque de psoriasis exactement semblable à celles que l'on observe sur d'autres régions du corps. Il est donc évident que le processus morbide d'où résulte la modification qui existe dans l'ongle, est identiquement le même que celui qui est le point de départ de la formation des plaques constituant l'éruption (1).

Même lorsque le cuir chevelu est le siége du psoriasis, les cheveux ne sont que rarement atteints, et alors seulement sur certains points où ils tombent plus qu'à l'état normal. Règle générale, il n'y a aucune altération des cheveux eux-mêmes ni par rapport à leur couleur ou leur lustre, ni quant à leur croissance qui n'est nullement entravée.

Les membranes muqueuses restent toujours indemnes dans le psoriasis. Cette affection n'attaque même jamais les parties rouges des lèvres, de sorte qu'il m'est impossible d'admettre l'existence du *Psoriasis labiorum* décrit par Willan (2).

(1) Pour M. Bazin, le *Psoriasis unfuium* serait toujours de nature herpétique. M. Hardy serait porté à exclure cette lésion du nombre des affections dartreuses et à la ranger dans la classe des difformités. Le *Psoriasis unguium* se présente, en effet, très-souvent seul sans que, d'après les caractères objectifs ou subjectifs il soit possible de le rattacher à uu état diathésique ou constitutionnel quelconque. (A. D.)

(2) M. Bazin a décrit, sous le nom de *psoriasis buccal*, une maladie squameuse de la muqueuse buccale. « Cette affection, dit-il (*Leçons théoriques et cliniques sur les » affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, etc., 2[e] édit., 1868), occupe » la face interne des lèvres et des joues, et quelques points de la surface de la langue. » Elle est formée par de petites pellicules blanchâtres, à contours tantôt unis et tantôt » irrégulièrement dentelés. Ces pellicules, qui paraissent liées à une altération spéciale » de l'épithélium et des papilles sous-jacentes, forment souvent des bandelettes étroites » et longitudinales. Très-adhérentes, elles font à peine saillie à la surface de la mu- » queuse; elles sont sèches et rugueuses au toucher, tandis que les parties voisines » offrent leur état normal. Cette affection n'est pas douloureuse, mais elle occasionne » une gêne continuelle et préoccupe singulièrement les malades. Nous l'avons observée » le plus souvent chez des sujets arthritiques; quelques-uns avaient eu antérieurement » des accidents syphilitiques. »

Nous avons plusieurs fois observé des cas semblables à ceux décrits par M. Bazin; chez l'un de ces malades, il y avait un *Pityriasis capitis* sans aucune autre altération du côté de la peau. L'épithélium buccal se détachait sous forme de petites pellicules blanchâtres minces. Le malade n'avait jamais eu d'affections syphilitiques antérieures et n'etait nullement rhumatisant. La maladie durait depuis plusieurs années et avait résisté à tous les modes de traitement généraux et locaux les plus rationnels et les plus méthodiques. Mais ne peut-on pas se demander si la nature psoriasique de ces affections est bien démontrée? Cela est possible, nous ne le contestons pas, mais il serait également difficile de l'affirmer. Aucun traitement externe ou interne ne les modifiant,

Parmi les nombreux cas de psoriasis qui ont été soumis à mon observation, je n'en ai pas rencontré un seul dans lequel un organe quelconque autre que la peau aurait pu avec certitude être reconnu malade. Chez aucun psoriasique il n'a été possible de découvrir une affection des poumons, du cœur, du foie, de la rate ou de quelque autre organe interne. Il y a, en conséquence, une grande probabilité, en faveur de l'opinion que cette dermatose n'est pas accompagnée d'une lésion quelconque dans d'autres parties du corps (1). Les nécroscopies que j'ai eu occasion de faire (chez des personnes mortes accidentellement d'autres affections, telles que le délirium tremens, la fièvre ou la pneumonie) ne m'ont pas permis de supposer que des relations causales existent entre le psoriasis et ces maladies.

Toute autre affection, externe ou interne, peut, cependant, coexister avec le psoriasis. Par exemple, la syphilis sous toutes ses formes (primaire ou secondaire) accompagne quelquefois cette dermatose, et n'est en aucune manière modifiée par elle. Je l'ai aussi vu associé avec la tuberculose, quoique seulement dans un cas; et des individus affectés de psoriasis ont été atteints de rougeole, de scarlatine, de variole et de gale. Je n'ai cependant pas jusqu'à présent observé d'ichthyose ou de prurigo chez des malades psoriasiques.

Au nombre des plus fréquentes complications de cette affection cutanée, figurent des douleurs névralgiques (notamment la sciatique), et des sensations de picotement (Kriebeln) dans les extrémités des doigts et des orteils.

DIAGNOSTIC.

Les caractères du psoriasis peuvent donc être brièvement résumés de la manière suivante : — Il consiste en plaques rudes, inégales, constituées par des masses d'écailles blanches. Ces masses sont ou punctiformes, ou de la grandeur d'une pièce d'un franc; leur forme est annulaire ou diversement courbe. La base sur laquelle elles re-

leur hérédité n'ayant jamais été établie et leur présence ne coïncidant pas ordinairement avec celle de plaques de psoriasis cutané, il est plus rationnel d'admettre qu'elles n'ont du psoriasis que l'apparence, mais non la nature. (A. D.)

(1) Nous avons cependant observé chez quelques psoriasiques, même avant l'âge de quarante ans, une bronchite habituelle qui n'existait pas chez les frères ou sœurs non psoriasiques du malade, bronchite dont les exacerbations alternaient avec celles de l'éruption cutanée. Ces individus étaient extrêmement sensibles à l'action du froid; et le retour de leur bronchite, quand il coïncidait avec une poussée de psoriasis, mettait ordinairement fin à celle-ci ou du moins en atténuait notablement l'existence et la durée. (A. D.)

posent est rouge, et présente une pareille diversité de contours. Lorsqu'on enlève les écailles, on aperçoit des points punctiformes saignants. Les plaques elles-mêmes sont en général séparées les unes des autres par des portions de peau d'une couleur normale, saine sous tous les rappots. Elles s'étendent par leur circonférence, et, en même temps, une évolution spontanée se fait du centre à la périphérie. Elles ne sont sujettes à aucune modification ultérieure, telle que suppuration et ulcération. Elles ne laissent pas de cicatrice, bien que parfois elles soient suivies d'une pigmentation persistante. Des sensations de picotement ou de démangeaison peuvent survenir, mais seulement au moment où les plaques apparaissent; après il n'existe aucun symptôme subjectif. L'organisme paraît être ordinairement sain. Tôt ou tard la maladie revient d'une manière presque certaine.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Quoique cette description des symptômes et de la marche du psoriasis soit suffisante pour reconnaître la maladie, il n'est peut-être pas inutile d'indiquer quelles sont les affections qui lui ressemblent accidentellement et avec lesquelles on pourrait le confondre. Ce sont : — 1° *Pityriasis rubra, s. Eczema squamosum;* 2° *Lichen exsudativus ruber;* 3° *Seborrhœa capillitii;* 4° *Eczema capillitii;* 5° *Favus;* 6° *Luupus exfoliativus;* 7° *Herpes tonsurans* (dans la forme maculeuse); 8° *Syphilis cutanea squamosa.* En décrivant ces diverses affections, je donnerai en détail les caractères qui les distinguent du psoriasis.

PRONOSTIC.

Dans des paragraphes précédents, j'ai établi que les récidives sont très-fréquentes dans le psoriasis, de sorte qu'une seule attaque, sans aucun retour ultérieur de la maladie, est une chose très-exceptionnelle. J'ai également indiqué qu'il n'affecte pas la santé générale, même lorsqu'il a existé pendant longtemps. Mais bien que ce fait soit généralement vrai, il est impossible de dire, dans un cas particulier, quelle sera la durée de l'affection, s'il surviendra une rechute, ou pendant combien de temps le malade restera exempt de psoriasis.

On peut déduire certaines conclusions des différents aspects présentés par les plaques elles-mêmes. Le *Psoriasis punctata, guttata* et *nummularis* étant les premières formes de la maladie, et le *P. orbicularis, gyrata* et *circumscripta* appartenant à une période plus avancée de

son développement, l'expérience permet d'inférer des premières variétés que la maladie durera pendant quelque temps ; tandis que, lorsqu'on observe celles mentionnées en dernier lieu, on peut supposer que l'attaque actuelle de psoriasis est déjà en voie de disparition. D'un autre côté, il est évident que lorsque toutes les variétés ci-dessus indiquées existent simultanément, et lorsque de nouvelles plaques de *P. punctata* continuent encore à se manifester, il faut s'attendre à une forme prolongée de la maladie (1).

Au nombre des cas les plus opiniâtres de psoriasis, se trouvent ceux qui affectent tout le corps (*P. diffusa, P. universalis*), les plaques étant seulement séparées par de petits îlots de peau saine, ou même ne l'étant pas du tout. En réalité, ces variétés de psoriasis sont souvent incurables, et peuvent même se terminer d'une manière fatale. Cette forme exceptionnelle de la maladie est la conséquence d'un psoriasis ordinaire qui a persisté pendant longtemps, et n'était pas d'une intensité particulière, mais qui subit une exacerbation brusque, et attaque, dans une forme en quelque sorte modifiée, toutes les parties de la peau qui étaient restées indemnes jusqu'alors. Ainsi que dans la variété commune de l'affection, on voit alors survenir des écailles blanches ; mais elles constituent des lamelles d'une épaisseur considérable, entassées en grand nombre les unes au-dessus des autres. Elles tombent rapidement, et laissent voir une surface pigmentaire foncée d'une teinte rouge brunâtre et d'un aspect uni comme du satin. Cette surface, toutefois, ne secrète aucun liquide, elle est sèche et même friable, de sorte qu'elle est très-sujette à se fendiller et à se crevasser au niveau de la partie externe des articulations, et sur les doigts et les orteils ; et ces fissures (rhagades) entravent tous les mouvements, et peuvent même occasionner de vives douleurs. La quantité d'écailles qui se produit dans ces circonstances est si considérable, qu'on peut en retirer tous les matins des masses du lit du malade.

ÉTIOLOGIE.

De mon observation prolongée et de ma longue expérience sur le pso-

(1) Nous ne retrouvons pas dans ces lignes la précision qui, en général, donne tant de valeur aux remarques pratiques du professeur Hebra. On ne distingue pas bien dans son texte, quand il parle de la durée totale de la maladie ou quand il fait allusion à la durée de l'une de ses attaques. D'autre part, est-il bien exact de dire que l'existence du *Psoriasis gyrata* indique une attaque *déjà en voie de disparition?* Cette forme, à quelque époque qu'on l'observe, n'est-elle pas au contraire le signe d'une gravité, le présage d'une durée très-considérable ? (A. D.)

riasis, il m'a été jusqu'à présent impossible de déduire la plus petite conséquence positive sur les causes de cette maladie. Au nombre des circonstances indiquées dans les divers ouvrages de dermatologie comme se rattachant à son apparition, sont les suivantes : — Des conditions climatériques, l'humidité de l'air, certaines saisons de l'année, des habitudes de vie (telles qu'une nourriture insuffisante, une irritation de l'estomac et des intestins, l'ingestion de certains aliments et boissons, surtout l'eau-de-vie), de l'eau froide quand le corps est en sueur (1), des coups de froid, certaines dyscrasies (notamment la chlorose et l'arthritis), les affections des voies urinaires (soit de sécrétion ou d'excrétion), le rachitisme, la scrofulose, la tuberculose, la diathèse herpétique, la diathèse psorique, les tempéraments sanguin et nerveux, l'existence antérieure d'affections cutanées aiguës ou chroniques, la grossesse, des troubles dans la menstruation, la cessation de flux hémorrhoïdaux habituels, des émotions morales, le manque de propreté, une irritation de la peau, principalement celle qui est occasionnée par des vésicatoires, par le contact de substances ou de corps métalliques à l'état pulvérulent, et certaines occupations au nombre desquelles sont mentionnées celles du cordonnier, de la blanchisseuse, du boulanger, du chaudronnier, de l'orfèvre, du ferblantier et du serrurier. (Voyez les ouvrages de Rayer, Rochard, Devergie, Alibert, Hardy et autres). Tout observateur exempt de préjugés, cependant, qui parcourra cette liste, doit au premier coup d'œil s'étonner de voir affirmer qu'une seule maladie est la conséquence de causes si nombreuses et différant si complétement les unes des autres. Le sujet est si important, que je l'étudierai en détail, et ne me bornerai pas à une simple réfutation de l'existence de ces prétendues *potentiæ nocentes* comme causes du psoriasis.

En premier lieu, on dit que la maladie est engendrée par certaines influences externes agissant directement sur la peau, telles que l'absence des soins de propreté, des irritants mécaniques (notamment des substances pulvérulentes et certains corps métalliques), des vésicatoires, et les occupations indiquées ci-dessus. Or, je puis avec confiance affirmer qu'aucune de ces causes n'est capable par elle-même de donner lieu au psoriasis. A l'appui de cette manière de voir et de celles relatives aux autres points, je signalerai ce fait que, dans le cours des vingt dernières années, j'ai eu confié à mes soins, et j'ai eu l'occasion de suivre pendant plusieurs années consécutives, un nombre de cas de

(1) Erasmus Wilson, « Diseases of the skin ». London, 1842, p. 229.

maladies cutanées si considérable, qu'il ne s'en est assurément présenté un pareil à l'observation de bien peu de médecins, si ce n'est, peut-être, de certains spécialistes de Londres et de Paris. Parmi les malades que j'ai traités dans l'hôpital général de Vienne (dont le nombre dépasse 3000 chaque année), il y a eu des personnes des deux sexes, de tout âge depuis cinq ans jusqu'à quatre-vingts, de toutes professions, et des genres de vie les plus variés : dans ce nombre il y a eu, en moyenne, cinquante personnes (trente-trois hommes et dix-sept femmes) atteintes de psoriasis. Or ceux-ci, sans exception, étaient des individus d'une constitution robuste et de fibre résistante, bien nourris et dont les fonctions s'accomplissaient avec la plus grande régularité. En un mot, c'étaient des personnes dans tout l'éclat d'une santé florissante. De tous les malades affectés de psoriasis qui ont été confiés à mes soins (et dont le nombre excède de beaucoup 1000), il ne s'en est rencontré qu'un seul qui fût rachitique. Cet individu avait eu autrefois des hémoptysies ; mais même il se trouvait en bonne santé lorsque je lui ai donné des soins pour son psoriasis. Dans ce cas, la dermatose disparut très-rapidement, à la suite d'un traitement très-simple. Je connais cet homme actuellement depuis quinze ans ; dans cet intervalle il a eu des attaques fréquentes d'hémoptysie ; et c'est le seul, de tous les psoriasis que j'ai eu à traiter, où je n'ai pas constaté le retour de l'affection.

Or, parmi les nombreux malades que j'ai eu sous ma direction pour des dermatoses, il y en avait un grand nombre appartenant à la classe ouvrière, d'autres se livrant à toute espèce de travaux, outre plusieurs qui étaient paresseux, moralement dépravés, et vivant dans la malpropreté. Parmi ceux-ci, beaucoup par suite de leurs occupations ou de leur négligence, étaient noircis par le charbon ou recouverts de saleté, de poussière ou d'une poudre quelconque. Cependant les individus placés dans ces conditions n'étaient nullement affectés de psoriasis. Et mon expérience personnelle indique même le contraire, les professions qui ont fourni la plus grande proportion de psoriasiques ayant été celles qui exigent de très-fréquentes ablutions, comme cela a lieu, par exemple, pour les bouchers, les boulangers, les garçons de salle, etc. En un mot, je diffère des autres dermatologistes en ce qu'il m'est complétement impossible de rattacher une disposition spéciale à cette maladie avec une occupation particulière quelconque.

C'est un fait bien connu et admis par tout le monde que des affections cutanées, notamment l'eczéma, peuvent être produites artificiellement par l'application d'irritants sur la surface cutanée, soit acciden-

tellement, soit volontairement dans un but thérapeutique. Mais, autant que mon expérience peut me le permettre, il n'existe aucune raison de croire que le psoriasis soit au nombre des affections engendrées ainsi par des irritants, tels que des alcalis, des substances âcres d'origine végétale ou animale, la chaleur et le froid, etc... Au contraire, les excroissances épidermiques qui constituent le psoriasis ne sont jamais occasionnées par les applications irritantes qui étaient autrefois (et sont encore) employées dans la *medicina crudelis*, et qui donnent lieu, soit à une simple rougeur de la peau, soit à des éruptions papuleuses, vésiculeuses, bulleuses ou pustuleuses. Le seul cas dans lequel ces applications sont suivies de psoriasis, est chez des personnes souffrant déjà de la maladie, chez lesquelles il arrive assez souvent que lorsque les effets ordinaires d'un irritant (tel qu'un vésicatoire) ont diminué, des plaques de psoriasis surviennent sur le point où l'agent irritant a été appliqué.

Des conditions climatériques sont encore en général mentionnées au nombre des causes prédisposantes du psoriasis. Mais, bien que ce soit un fait bien connu qu'il y ait des affections cutanées qui s'observent plus spécialement dans certains climats particuliers, il m'est impossible de reconnaître qu'il en soit ainsi pour le psoriasis, qui, au contraire, ainsi que cela ressort des ouvrages des divers auteurs, doit être appelé une affection pandémique. On le rencontre, en effet, dans les latitudes septentrionales et dans les régions méridionales, dans les climats humides aussi bien que dans les climats secs, sur tous les points du globe, dans toutes les saisons de l'année, chez toutes les races humaines. Il va sans dire, toutefois, que ce n'est que dans la race blanche que la maladie présente les caractères que j'ai décrits. Chez les hommes d'une couleur vert-olive, brune ou noire, la pigmentation foncée dissimule la rougeur de la peau. Chez le nègre, par exemple, la seule preuve évidente de psoriasis, outre des amas d'écailles, est l'apparition d'un léger saignement lorsqu'on les arrache par le grattement. La diversité dans l'aspect de l'affection selon les différentes races humaines, et cette circonstance qu'il ne se trouve pas dans toutes les parties du monde des praticiens versés dans les études dermatologiques, expliquent suffisamment pourquoi le mot psoriasis n'est pas universellement employé pour le désigner et pourquoi on l'a quelquefois considéré comme de la lèpre, et confondu avec cette maladie, avec l'ichthyose ou l'éléphantiasis.

Différents auteurs rangent au nombre des causes du psoriasis certains genres de vie, tels qu'une alimentation insuffisante et l'habi-

tude d'user de nourriture ou de boisson spéciales. Ce point, encore, n'est nullement confirmé par mes observations personnelles auxquelles j'ai renvoyé ci-dessus. Parmi mes propres malades, il y avait des personnes appartenant à toutes les classes de la société, et qui se trouvaient dans ces différentes conditions. Il en est qui avaient une existence luxueuse ; d'autres qui gagnaient leur pain à la sueur de leur front et qui n'avaient jamais eu l'occasion de se livrer aux plaisirs gastronomiques. Les uns étaient des enfants ou des dames appartenant aux classes les plus élevées, qui ne goûtaient jamais aux boissons alcooliques ; et ils ne paraissaient pas être moins sujets à la maladie que ceux qui avaient grisonnés dans l'ivresse et le vice.

Il est bien arrivé parfois qu'un malade qu'on avait confié à mes soins pour un psoriasis est mort de *delirium potatorum*. Mais ces faits ne sauraient pas plus me mettre à même d'affirmer que la maladie cutanée fût le résultat de l'alcoolisme que je serais autorisé par ceux que j'ai rappelés ci-dessus à déclarer que l'abstinence peut en être la cause. Il m'a été également impossible de constater que le psoriasis soit jamais provoqué par le régime auquel on attribue si souvent les affections cutanées — telles que des harengs, des anchois, de la viande fumée, du jambon (1) et autres aliments salés, le fromage, le beurre et autre nourriture grasse ou huileuse, des mets fortement épicés ou très-acides, des salades contenant une proportion considérable de vinaigre, etc... Mes observations personnelles n'apportent aucun poids à cette opinion que ce régime puisse donner lieu au psoriasis, ou même à d'autres maladies de peau.

Je ne saurais comprendre comment « boire de l'eau froide quand le corps est en sueur » peut être regardé comme la cause d'une affection cutanée quelconque, et notamment du psoriasis. La rareté de cette dermatose en comparaison du grand nombre de personnes qui font usage de boissons froides ou de glace lorsqu'elles ont chaud, principalement pendant l'été, rend une telle manière de voir tout à fait inadmissible.

En outre, au nombre des conditions que l'on suppose pouvoir donner lieu au psoriasis se trouve le *froid*. Celui-ci paraît être considéré par presque tout le monde comme une espèce de boîte de Pandore, dont toutes les maladies peuvent dériver. Il n'y a pas d'expressions dont les médecins soient plus prodigues que de celles de « coups de froid »,

(1) L'usage trop habituel de la charcuterie a cependant été reconnu comme figurant parmi les antécédents hygiéniques de plusieurs des malades que nous avons vus atteints de psoriasis. (A. D.)

« refroidissements », « courants d'air », « transpiration supprimée », etc. Mais combien l'inanité de l'opinion qui rapporte le psoriasis aux causes comprises dans cette catégorie ressort immédiatement de la disproportion de leur fréquence. Prendre froid est un accident journalier ; tandis que, dans l'hôpital général à Vienne, la proportion des cas de psoriasis est de 1 à 60 pour les maladies de la peau, et de 1 à 500, comparé à toutes les affections.

Certains auteurs signalent, comme cause du psoriasis, une perturbation dans les sécrétions et les excrétions. Dans les cas que j'ai observés, cependant, il n'y a eu ni diarrhée persistante, ni constipation habituelle, ni aucun désordre dépendant de la sécrétion urinaire, ni même (comme quelques-uns l'ont prétendu) aucune augmentation ou diminution dans l'acide urique, l'urée ou autres principes constitutifs de cette sécrétion. De plus, il m'a été tout à fait impossible de découvrir aucun changement morbide dans les fonctions de la peau, du moins chez des malades atteints de psoriasis à un degré plus ou moins grave ; car, dans des cas de *psoriasis universalis*, la transpiration est sans doute diminuée comme quantité, ou même complétement supprimée. Ceci, cependant, n'est pas particulier au psoriasis, mais survient, comme on le sait, dans toutes les dermatoses qui affectent la surface entière du tégument. On doit, en effet, considérer ce phénomène comme une conséquence de la maladie, et non comme sa cause.

Contrairement à tout ce qui a été dit sur ce sujet par d'autres auteurs, il m'a été impossible de découvrir que des attaques antérieures ou actuelles d'exanthèmes — ou même, de quelques autres affections de la peau, aiguës ou chroniques — aient en aucune façon une influence comme cause du psoriasis. Même, d'après ma propre observation, je serais plutôt disposé à affirmer que ceux qui sont atteints de cette maladie sont positivement moins prédisposés à d'autres affections cutanées, non-seulement pendant qu'elle existe, mais même avant et après.

Que diverses éruptions se rapportent chez les femmes aux fonctions sexuelles, soit que celles-ci s'accomplissent d'une manière régulière, soit qu'elles se troublent, c'est là un fait que je connais parfaitement. Mais je n'ai pas observé un seul cas dans lequel il fût possible de montrer une attaque de psoriasis en connexion avec un trouble important de la menstruation, avec la grossesse ou avec les couches.

Il en est encore de même de la suppression d'un flux hémorrhoïdaire habituel, phénomène que certains dermatologistes considèrent comme

une des causes qui donnent naissance au psoriasis ; pour moi, je n'ai jamais été à même de l'observer chez des personnes affectées de cette maladie.

Comme dans les siècles passés, de même qu'aujourd'hui, les personnes qui professent la pathologie humorale n'ont jamais été embarrassées pour énoncer les causes des éruptions cutanées ; et le psoriasis n'a fait, sous ce rapport, que partager le sort de toutes les autres dermatoses chroniques en ce qu'il est considéré comme le produit de l'arthritis, du rachitisme, de la scrofulose et de la tuberculose. Ces désordres constitutionnels n'ont même pas suffit, et l'on a inventé une *dyscrasia herpetica s. psorica;* tandis que d'autres auteurs ont attribué le psoriasis, en commun avec presque toute autre affection, à la syphilis héréditaire.

La supposition que le psoriasis est dû à une dyscrasie est au moins rendu improbable par le fait mentionné ci-dessus, qu'il survient chez des individus bien constitués, bien nourris, dont la santé est parfaite sous tous les autres rapports (1). Et quant à la syphilis, je puis affirmer

(1) M. le professeur Hebra, ainsi que bon nombre de dermatologistes, nie la dyscrasie herpétique ou dartreuse. Déjà, du reste, l'école anglaise de Willan et celle de Biett, en France, affectaient de ne voir dans les affections de la peau qu'une lésion locale ne se rattachant en rien à un état diathésique ou constitutionnel quelconque; l'éruption cutanée, pour eux, constituant à elle seule toute la maladie et n'ayant avec les autres altérations organiques aucun lieu de parenté ni de causalité.

Nous sommes, quant à nous, opposés de tout point à cette doctrine que nous avons déjà combattue dans plusieurs circonstances, et nous eussions désiré, il faut l'avouer, que dans l'important ouvrage que nous traduisons, le savant médecin de l'hôpital de Vienne discutât à fond l'existence des diathèses, au lieu de déclarer d'une manière aussi sommaire que la *dyscrasia herpetica s. psorica* est une simple invention. Que quelques médecins aient une tendance exagérée à rapporter toutes les dermatoses à des causes internes, nous ne le nions pas, mais nous ne saurions non plus admettre l'opinion des partisans exclusifs de la classification anatomique et des localisateurs à outrance. Toutefois, avant de résumer en quelques mots les raisons qui nous font admettre l'existence de la diathèse herpétique, nous tenons à rappeler ici quelles sont actuellement les opinions émises à l'hôpital Saint-Louis, où si, en général, on admet l'existence des dartres, il y a cependant entre les chefs d'école des différences capitales sur lesquelles nous croyons qu'il n'est pas inutile de s'expliquer en quelques mots.

Peut-être d'abord est-ce le cas de dire combien nous regrettons le silence du professeur Hebra sur les théories de MM. Bazin et Hardy qui ont contribué si puissamment aux progrès de la dermatologie et fait de cette spécialité une branche si vigoureuse et si productive. Qu'on nous permette de le déclarer, M. Bazin a émis en dermatologie des idées qu'il est permis de discuter, que le maître lui-même révisera probablement sur quelques points, mais qu'on ne saurait désormais passer sous silence. Quelle que soit l'issue des polémiques que ses idées ont soulevées, on ne saurait néanmoins lui refuser d'avoir fait beaucoup pour élucider les problèmes encore si obscurs de la pathologie cutanée. Que l'arthritis n'ait pas toute l'importance que son auteur lui attribue, nous sommes, quant à nous, très-portés à conclure dans ce sens rationnellement restrictif; mais d'autre part nous sommes les premiers à reconnaître que les travaux du savant médecin de l'hôpital Saint-Louis doivent être pris en attentive considération toutes les fois qu'il s'agit d'un point quelconque de dermatologie, aussi résu-

de la manière la plus positive, qu'elle n'est jamais la cause d'un psoriasis ordinaire. Car on sait très-bien que toutes les affections cutanées auxquelles la syphilis donne naissance (et en particulier ce qu'on appelle

merons-nous ici en quelques mots les opinions émises par M. Bazin et par son éminent collègue M. le professeur Hardy.

M. Bazin (*Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau, etc.* Paris, 1862, p. 372 à 408), après avoir mentionné un psoriasis de cause externe, divise le P. de cause interne en P. arthritique et en P. herpétique qu'il subdivise en plusieurs variétés, que l'on trouvera indiquées dans ses différents ouvrages.

Le psoriasis arthritique se voit de préférence sur les régions découvertes, la tête, la paume des mains, la plante des pieds, etc., plus rarement aux coudes et aux genoux, siége ordinaire, selon cet auteur, du psoriasis herpétique. Le psoriasis arthritique se présente sous l'aspect scarlatiniforme et sous la forme nummulaire. Un des principaux caractères du P. arthritique est sa tendance à se convertir en une affection suintante, en eczéma. Les surfaces affectées de psoriasis arthritique sont ordinairement le siége de picotements et d'élancements. Le psoriasis herpétique débute au contraire par les coudes et les genoux, et les plaques, loin d'être irrégulières et recouvertes de squames jaunes et humides comme dans le premier, sont arrondies et surmontées de squames blanches, argentées et sèches, et enfin le P. herpétique donne lieu à des démangeaisons. Il est encore d'autres caractères qui ont été soigneusement décrits dans les divers ouvrages de l'auteur.

Mais le point capital est le traitement, car c'est des indications fournies par la nature de l'affection qu'elles devront être déduites. Il sera donc urgent de recourir, suivant les cas, à une médication antiarthritique ou antiherpétique.

Il nous est impossible, dans une note de cette nature, de discuter l'*arthritis* et d'examiner le rôle que cette maladie constitutionnelle joue dans les affections de la peau. On verra, en lisant les divers chapitres des *Leçons sur les affections arthritiques et dartreuses* que l'arthritis imprime au malade un cachet spécial et parfaitement reconnaissable et que, comme le dartreux, il est soumis à des éruptions cutanées que l'on peut facilement distinguer à des signes caractéristiques.

Quant à M. Hardy, à l'exemple d'Alibert, il rattache le psoriasis à la classe des dartres : « Nous le regardons, dit-il, comme une expression particulière de cette même » maladie de tout l'organisme, de cette même diathèse que nous avons vue engendrer » les eczémas et les pityriasis, et nous le présentons comme un nouveau mode de ma- » nifestation de cet état constitutionnel morbide qui s'exprime indifféremment et selon » les idiosyncrasies par la vésicule de l'eczéma, la pustule de l'impétigo, le furfur du » pityriasis ou la squame lamelleuse du psoriasis. » (Hardy, *Leçons sur les affections cutanées dartreuses*, 1862, p. 170.)

Les caractères que présentent les maladies dartreuses de la peau sont assez tranchés pour permettre de les distinguer des autres espèces d'éruption. Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici l'opinion de M. le professeur Hardy sur la nature des maladies dartreuses :

« En proclamant les ressemblances qui existent entre l'eczéma, l'impétigo, le lichen, » le pityriasis et le psoriasis, je ne fais qu'énoncer un fait que tout le monde devra » reconnaître, si on laisse de côté, comme base d'une classification dermatologique, » la considération des lésions élémentaires admises par Willan; et si l'on se » contentait de constater cette ressemblance et de donner aux affections dont il est » question le nom de dartres, pour leur donner un nom et sans y attacher d'autre » idée, il n'y aurait véritablement que bien peu de discussions, et tout le monde serait » bien près de s'entendre; mais la question n'a pas cette simplicité, et cette histoire » des maladies dartreuses soulève une autre discussion bien autrement importante, » celle de la nature des dartres. En effet, pour expliquer l'apparition des éruptions » dartreuses, on a pensé qu'elles survenaient sous l'influence d'une cause interne, d'une » modification morbide générale dont elles n'étaient que l'expression, que la manifes- » tation extérieure; et c'est à cette influence morbide spéciale qu'on a donné le nom » de vice dartreux, de diathèse dartreuse. En quoi consiste cette disposition morbide? » Dans quels éléments organiques réside-t-elle? C'est ce qu'il est impossible de dire.

la syphilide squameuse, ou *P. syphilitica*) se distinguent de l'éruption non syphilitique ordinaire par plusieurs caractères infaillibles.

De toutes les causes auxquelles les dermatologistes attribuent le pso-

» Chez les individus dartreux, le sang, les autres humeurs, le tissu nerveux et tous les » autres éléments de l'organisation, paraissent à l'état sain. C'est donc une grave » erreur de parler, comme on le fait dans le monde, des altérations du sang ou des » humeurs pour expliquer la production des maladies dartreuses, et nous devons pro- » clamer bien haut la fausseté de ces expressions, qui ne reposent sur aucun fait po- » sitif. Mais, néanmoins, en face de la transmission héréditaire des dartres, en face de » leurs récidives, si communes chez le même malade, on a de la peine à se refuser à » admettre, pour expliquer leur existence, une cause générale constitutionnelle, une » modification diathésique analogue à celle qui préside aux manifestations du cancer et » de la scrofule.

» J'avoue parfaitement que l'existence de cette diathèse dartreuse ne repose sur aucun » fait positif ou expérimental; on ne l'admet que par induction, par hypothèse; mais » lorsqu'il s'agit des affections scrofuleuses ou des tumeurs cancéreuses, a-t-on vu, » a-t-on touché la diathèse scrofuleuse ou la diathèse cancéreuse ? Et cependant bien » peu de médecins admettent aujourd'hui que les accidents scrofuleux et les affections » cancéreuses ne sont que des maladies locales; tout le monde, au contraire, à bien » peu d'exceptions près, considère la scrofule et le cancer comme des maladies » diathésiques. Pourquoi n'en serait-il pas de même de la diathèse dartreuse dont » l'existence semble s'appuyer, non-seulement sur la transmission héréditaire et sur les » récidives des affections herpétiques, mais encore sur ces affections concomitantes, » angines granuleuses, bronchites chroniques, asthme, gastralgies et névralgies qui » accompagnent si fréquemment ces maladies, ou qui alternent avec elles. La coexis- » tence de troubles en dehors de la peau, sur les muqueuses ou dans le système ner- » veux, plaide en faveur d'une cause générale, et je crois fermement à l'existence de » cette cause, quoique je sois dans l'impuissance de la démontrer matériellement et » positivement. Je pense donc que, pour expliquer l'existence des maladies dartreuses » que nous avons admises, l'eczéma, l'impétigo, le lichen, le pityriasis et le psoriasis, » pour se rendre compte de leurs récidives, de leur transmission héréditaire et de leurs » complications, il faut admettre une maladie constitutionnelle spéciale, faisant partie » de l'individu, une diathèse, en un mot, pour nous servir de l'expression consacrée, » à laquelle on a le droit de donner le nom de *diathèse dartreuse*. » (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. X, p. 706. 1869, art. DARTRES.)

Nous partageons entièrement cette manière de voir, qui nous paraît être la plus conforme à l'état actuel de la science. Il est cependant un dernier argument que nous tenons à faire ressortir.

Si l'éruption dartreuse n'était qu'un trouble local, si elle ne résultait, comme l'enseigne Willan, que de causes irritantes, communes, ces causes devraient produire le même effet chez tous les individus sur qui elles agissent également. Un coup de soleil, une force contondante, un frottement répété, détermineront la congestion cérébrale, l'extravasation sanguine, l'érythème chez tous ceux qui se seront suffisamment exposés à l'effet de ces influences.

En fait d'éruptions dartreuses, au contraire, cette communauté de conséquences manque absolument. Dans un atelier de boulangers, d'épiciers, de poêliers, d'emballeurs, tous subissant pendant un temps et avec une force, une intensité égales, le contact des poussières irritantes, en voici deux, trois, qui contractent un eczéma des mains (eczéma qui, plus tard, s'étendra à d'autres régions) et dix autres des mêmes ouvriers n'ont rien, ou n'ont que des feux passagers qu'un bain ou deux jours de repos font disparaître.

En dehors d'un principe herpétique (principe qu'on n'est pas plus admis à nier que le virus syphilitique, en vertu de l'absence d'altération chimiquement ou microscopiquement constatable dans le sang), en dehors du principe herpétique, dis-je, comment peut-on expliquer cette différence entre les effets d'une même cause? Par la différence des tempéraments?.... on ne l'oserait; car, alors il faudrait que l'éruption ne se rencontrât jamais que sur certains tempéraments; ce qui n'est pas. Non; il n'est physio-

riasis, il n'en est aucune qui paraisse moins probable que les *émotions morales*. Car, en premier lieu, on ne précise jamais quel est le genre d'émotions morales qui a ce pouvoir, ou si elles sont de nature dépressive ou excitante. On n'a pas non plus rapporté un seul cas dans lequel cette affection cutanée ait été occasionnée par la joie, la peur, la colère, le malheur, le chagrin ou autres influences semblables. Il y a donc absence complète de preuve en faveur de cette opinion quant à la cause du psoriasis, quoique la fausseté de cette proposition soit, sans aucun doute, difficile à prouver.

Après avoir ainsi, d'après mon expérience personnelle, nié que les conditions ci-dessus énumérées aient le pouvoir d'engendrer le psoriasis, j'arrive enfin à la *transmission héréditaire*, qui est admise par la plupart, sinon par tous les dermatologistes, comme figurant au nombre des causes de cette affection cutanée. Or, il y a beaucoup de cas de psoriasis dans lesquels il est impossible de prouver que le père et la mère ou autres parents du malade soient ou aient jamais été atteints de cette dermatose; mais le plus souvent on peut démontrer qu'il en est ainsi. La maladie est, en effet, complétement naturalisée (*einheimisch*) dans certaines familles, et se transmet des parents aux enfants. En général, toutefois, elle attaque seulement quelques membres de la même lignée, et non tous ceux qui procèdent des mêmes parents. Lorsque le psoriasis se transmet de cette manière, il n'apparaît pas immédiatement après la naissance, mais seulement à un âge plus avancé, habituellement vers la sixième année. Comme pour toutes les autres affections héréditaires, on remarque souvent aussi qu'il passe une génération, la maladie se transmettant des grands parents à des enfants dont le père et la mère avaient été indemnes. Or, je n'essayerai pas d'avoir recours à la transmission héréditaire du psoriasis comme à un argument pour m'autoriser à le rapporter à quelque maladie plus grave, ou à une dyscrasie d'une nature quelconque. Je suppose que ce fait dépend de la même loi que celle en vertu de laquelle (par exemple) des enfants nègres, lors même qu'ils sont nés dans des climats tempérés, ont la peau noire comme leurs parents, en vertu de laquelle encore des individus ayant les cheveux blonds ou rouges procréent des enfants qui offrent les mêmes particularités (1). Tout le monde sait parfaitement

logiquement, analogiquement et logiquement qu'un seul moyen de l'expliquer : c'est de consentir à admettre pour les dermatoses ce qui est acquis, — sans cependant être mieux ni autrement démontré pour le rhumatisme, — l'existence d'une cause dyscrasique constitutionnelle. (A. D.)

(1) Il est difficile de laisser mieux percer le parti pris. De ce que certains attributs normaux se transmettent du père à ses enfants, est-on autorisé à conclure que tout ce

qu'on a observé de nombreux exemples de cette loi chez les animaux inférieurs.

Le psoriasis n'est pas *contagieux*. Il ne peut se communiquer ni par contact direct, inoculation, allaitement, air, ni d'aucune autre manière.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

J'ai eu plusieurs occasions d'examiner après la mort la peau des per sonnes affectées de psoriasis, qui étaient entrées à l'hôpital pour quelque autre maladie, telles que la pneumonie ou le *delirium potatorum;* mais je suis fâché d'avoir à confesser que les résultats obtenus par mes recherches dans ces cas, n'ont pas été couronnées de plus de succès que celles de Rokitansky (1), de Wedl (2), et de G. Simon (3), qui tous ont examiné au microscope des plaques de psoriasis. La cause en est, en partie, que sur le cadavre l'aspect caractéristique de la maladie se trouve presque complétement altéré; les macules rouges sur lesquelles reposent les masses d'écailles ont perdu leur coloration et les écailles elles-mêmes n'adhèrent que très-légèrement à la surface. Il est impossible de découvrir aucune déviation de l'état normal, avec ou sans l'aide du microscope, dans les papilles ou autres tissus dermiques des points qui furent le siége du psoriasis pendant la vie. Aussi ai-je toujours été obligé de me borner à l'examen des produits morbides, qui consistent simplement en amas de cellules épidermiques, ainsi que cela est très-évident à l'œil nu même pendant le vie du malade. A cet égard, j'ai simplement à exprimer ma parfaite concordance de vue avec les assertions de G. Simon. J'ai trouvé que la plupart des amas d'écailles sont entièrement composés de cellules épidermiques, reposant sur un derme hypérémié.

Tout ce que je sais donc quant à la nature essentielle du psoriasis c'est, qu'il consiste dans une sécrétion excessive d'épiderme, ou dans

qui se transmet par cette voie doit être réputé normal? Laissez, à ce compte, les nouveau-nés en proie à la syphilis héréditaire! Ne serez-vous pas justifiés en alléguant qu'ils ont les macules rouges de leurs parents, au même titre qu'ils ont leurs cheveux rouges? — Mais quoi! même en admettant ces bases étiologiques, n'y a-t-il pas, sous le rapport même des phénomènes objectifs, une différence signalée par le professeur Hebra lui-même, et qui mine ce dangereux paralogisme? Voit-on jamais parmi les nègres la coloration caractéristique de la peau, sauter une génération, comme pour les maladies à *germe héréditaire?* (A. D.)

(1) « Lehrbuch der path. Anat, » 3. Aufl., 1856, Band II, S. 65.
(2) « Grundzüge der path. Histologie. » Wien, 1854, S. 241.
(3) « Die Hautkrankheiten durch anat. Untersuchungen erläutert. » Berlin, 1851, S. 212.

une prolifération des cellules épidermiques, et dans leur accumulation sur des points circonscrits, où les papilles du chorion sont hypérémiés.

TRAITEMENT.

Pour la guérison du psoriasis, et même des maladies chroniques de la peau en général, on a depuis les temps les plus reculés proposé deux modes de traitement. Le premier a été inspiré par l'hypothèse que toutes les dermatoses chroniques sont les enfants d'un seul père, les produits d'une seule et même dyscrasie ou modification pathologique du sang ; et, en conséquence, qu'on devait guérir ces maladies en purifiant et corrigeant l'état du fluide circulatoire, ou en expulsant les matières âcres (*acrimoniæ sanguinis*). Pour appliquer cette méthode de traitement, il n'était nullement nécessaire de faire un diagnostic précis. Il était tout à fait indifférent à ce point de vue que le malade fût atteint de psoriasis, de prurigo ou d'ecthyma. Dans tous les cas, on employait les mêmes remèdes, c'est-à-dire ceux appelés éméto-cathartiques.

Aux yeux de certains médecins donc, elle était la seule méthode légitime de traiter ces maladies. Ils ne voulaient entendre parler d'aucun autre mode de traitement, et condamnaient comme dangereuses toutes les applications locales, par le motif que de telles applications pourraient « *refouler intérieurement* » l'affection cutanée, l'obligeant à se « *retirer* » de la peau et à subir une « *métastase* » sur quelque organe interne important. Et même les praticiens plus intelligents et plus expérimentés qui ne s'opposaient pas complétement à l'emploi d'un traitement local, le considéraient néanmoins comme applicable dans les cas seulement où les humeurs du corps avaient été parfaitement purifiées, ou débarrassées à l'aide d'une médication quelconque des matières âcres de l'éruption (von den Schärfen der Flechte). L'histoire des siècles passés démontre suffisamment jusqu'à quel point les conséquences de cette idée pouvaient être portées, bien qu'elle reposât sur une base complétement spéculative.

Les résultats peu satisfaisants obtenus par cette méthode portèrent les médecins à s'engager dans une autre voie, celle de l'expérimentation et de l'observation. Or, cette voie, je dois l'avouer, est celle que je suis exclusivement dans le traitement des affections cutanées, et, même, dans celui des maladies en général. Je n'attache pas la plus mince valeur à des remèdes quelconques, excepté à ceux à l'aide des-

quels (après des essais répétés, et lorsque j'ai une connaissance exacte de l'affection) je produis une modification favorable dans sa marche, ou en d'autres termes, je guéris le malade. Je n'attribue jamais à priori d'action thérapeutique à un médicament, à moins que je n'aie observé que son emploi ait été invariablement et constamment suivi de quelque changement dans les produits morbides, et de la terminaison de la maladie en un temps plus court que lorsqu'elle suit son évolution spontanée. Peu m'importe d'ailleurs que ce résultat soit obtenu en introduisant le remède dans le tube digestif du malade ou en le mettant en contact avec sa peau.

En commençant (1), j'ai appelé l'attention sur ce fait que le tégument aussi bien que le canal alimentaire, a le pouvoir d'absorber des substances médicinales, tout aussi bien que des contagia et d'autres agents nuisibles, et que des remèdes appliqués sur la surface externe du corps atteignent le sang, comme ceux qui sont ingérés. A cet égard, je n'ai qu'à indiquer le fait bien connu que peu de temps après leur application sur la surface cutanée, des préparations de mercure, de fer et même de goudron, apparaissent dans la plupart des sécrétions et des excrétions, et qu'il est facile de les y retrouver à l'aide de réactifs chimiques. Et non-seulement la peau est bien disposée pour absorber des substances médicinales, mais l'application externe de ces substances lorsque la peau est malade à l'avantage de les mettre directement en contact avec la partie affectée; bénéfice précieux, quand on désire dissoudre, ramollir, macérer les produits morbides ou les modifier d'une manière quelconque.

Un autre avantage de l'introduction des remèdes par la peau est que tout le tube intestinal est laissé en repos, de sorte qu'on évite ainsi le dérangement des fonctions nutritives que déterminent souvent les médicaments, et le malade est en état de prendre une alimentation convenable en même temps qu'on le soumet à la médication dont il attend la guérison de son affection.

Toutefois, des remarques que je viens d'énoncer, il ne faut pas conclure que je sois entièrement opposé à l'administration de remèdes internes, et que je ne voudrais en aucun cas y avoir recours. Au contraire, je n'hésite jamais à prescrire ces remèdes dans tous les cas où le succès a établi leur valeur. Je reproche simplement à ces drogues inertes, surannées, la foi en leurs pouvoirs curatifs qui a été transmise du maître à l'élève sans recherche, transcrite sans contrôle d'un texte

(1) Voyez page 39.

à un autre sans examen ni critique, et qui sont prescrites dans la pratique sans réflexion et par routine. Malheureusement aussi, ces agents n'ont pas toujours une réaction entièrement négative, comme on peut le dire des remèdes homœopathiques ; de sorte qu'il faut regretter de les voir employer, au lieu de se borner à sourire de leur administration.

Parmi les médicaments que je viens de condamner dans les lignes précédentes, je crois bien faire de mentionner expressément ceux qui sont le plus généralement usités, et dont j'ai moi-même à plusieurs reprises essayé un certain nombre. Tels sont les suivants : *Stipites Dulcamaræ*, *Millefolium*, *Trifolium fibrinum*, *Fumaria*, *Inula helenium*, *Ulmus campestris*, *Flores Pedemontanæ*, *Viola tricolor*, *Radix et Baccæ Juniperi*, *Juniperus sabina*, *Rhus radicans*, *Rhus toxicodendron* (Dufresnoy), *Eupatorium cannabinum et perfoliatum* (Barton), *Conium maculatum* (Valentin), *Pulvis foliorum Belladonnæ* (Theden, Schack), *Pulsatilla nigricans* (August Gottlieb Richter), *Solanum nigrum* (Alibert), *Herba scabiosæ arvensis*, *Daphne mezereum* (Loiselleure et Delonchamp), *Orobanche virginiana*, *Saponaria*, *Radix Phyllidis amaræ*, *Decoctum Carbonum* (Busch), *Infusum Sassafras* (Sachse), *Ledum palustre* (Schöpf), *Succus Nicotianæ*, *Folia et putamina Nucum juglandum*, *Sarsaparilla*, *Bardana*, *Guaiacum*, et les *Species lignorum*.

Quelques-unes de ces diverses substances, les infusions, décoctions ou extraits que l'on en fait étaient, comme tout le monde le sait, employés autrefois par les médecins dans toutes les parties du monde contre des affections cutanées chroniques rebelles. Et cependant, bien qu'on y eût généralement recours, elles n'avaient même pas la *réputation* d'être des *remèdes* (dans le sens vrai du mot) ; et, pour me servir de l'expression la plus modérée, je dois me borner à dire que leur influence sur les affections de la peau est tout à fait imaginaire.

Si ces remèdes étaient impuissants, on avait autrefois l'habitude de recourir à d'autres médicaments qu'on croyait avoir une action plus énergique. Tels étaient « l'*Antimoine cru* », ou *Antimonii tersulphuretum* ; *Æthiops antimonialis* ; *Manganum nigrum*, ou Bioxyde de manganèse ; *Graphites elutriatus*, ou *Plomb noir préparé* (Weinhold) ; *Baryta muriatica*, ou *Chlorure de Baryum* ; *Calx Antimonii sulphurata*, ou *Sulfure d'antimoine et de calcium* (Hufeland) ; *Sulphuretum Kalii et Sodæ* (Chaussier) ; *Antimoine tartarisé* (Fagès) ; *Sulfure doré d'antimoine* ou *Antimonii pentasulphuretum* (Vogel) ; *Æthiops minéral*, ou *Sulfure noir de mercure* (Dzondi, Kopp) ; *Mercurius præcipitatus ruber*, ou *Nitrate oxyde de mercure* ; *Mercurius acetatus*, ou *Acétate de mercure* (Hufeland) ;

Turpethum minerale, ou *Sous-sulfate jaune de mercure* (Alibert) ; *Nitrate de mercure* (Godard) ; *Chlorure de sodium et d'or* (Éberle, Rayer); *Liquor Cupri ammoniato-muriaticus* (Köchlin) ; *Chlorate de potasse* (Chisholm) ; *Alumen ex decocto Sarsaparillæ* (Hufeland); les préparations de *Fer* (Rayer), et l'*Anthracokali* (1) (Polya).

(1) Peut-être mes lecteurs ignorent-ils que ce remède a été préconisé par le docteur Joseph Polya, de Pesth (Physikus der königl. Freistadt Pest) pour le traitement de toutes les affections éruptives, et qu'il a été vanté comme un spécifique dans son traité sur ces maladies (« Beobachtungen über die Flechten und ihre Verbindungen », u. s. w.), ouvrage qui a été traduit du manuscrit latin de l'auteur, par le docteur C. L. Sigmund, La manière de le préparer se trouve décrite dans ce livre (p. 134) de la façon suivante : « Antracokali, dont le nom est dérivé des mots anthrax (charbon) et kali (potasse), consiste dans une solution de charbon dans la potasse caustique. On l'emploie sous deux formes, l'*anthracokali simple* et l'*anthracokali sulfuré*. Pour les préparer, il est nécessaire de se procurer les matières suivantes : 1° un mélange d'alcool et de *charbon* en poudre («die schwarze Steinkohle alcoholisirt»), le meilleur est celui qu'on trouve près de Fünfkirchen, ville du district de Baranya, en Hongrie; 2° et 3° de l'*hydrate de chaux* (chaux éteinte) et du *carbonate de potasse* (ces deux substances servent simplement à la préparation de la potasse caustique); 4° des *fleurs de soufre lavées*.

» L'anthracokali simple se prépare de la manière suivante : On dissout du carbonate de potasse dans dix ou douze parties d'eau bouillante, et l'on ajoute une proportion suffisante d'hydrate de chaux au liquide en ébullition, afin de débarrasser le sel de potasse de tout son acide carbonique; on reconnaît que cette opération chimique est terminée en ce que le liquide clair ne peut plus être mis en effervescence par les acides, et qu'il ne se trouble pas lorsqu'on y ajoute de l'eau de chaux. On filtre alors le liquide aussi rapidement que possible, on l'expose à l'action du feu, on le fait évaporer jusqu'à ce qu'il n'écume plus et qu'il coule doucement comme de l'huile. On ajoute alors le mélange de charbon et d'alcool à la solution de potasse ainsi préparée, dans la proportion de 5 onces (150 gram.) du premier sur 7 (210 gram.) du dernier, en ayant la précaution de remuer le mélange sans interruption. Même après l'avoir éloigné du feu, on triture encore la masse avec un pilon chaud jusqu'à ce qu'on ait obtenu une poudre noire homogène, que l'on met alors dans des bouteilles de verre chauffées, contenant chacune 1 once (30 gram.). Il faut tenir ces bouteilles dans un endroit sec jusqu'à ce qu'on en ait besoin.

» L'antracokali sulfureux se prépare en ajoutant une demi-once (15 gram.) de fleurs de soufre lavées à 5 onces (150 gram.) du mélange de charbon et d'alcool, les triturant en une poudre homogène et en la mêlant alors avec la potasse caustique (préparée comme je l'ai déjà dit) aussitôt que la potasse coule doucement comme de l'huile. L'anthracokali préparé par ce procédé est une poudre noire, si fine qu'elle tache les substances avec lesquelles elle se trouve en contact. Elle a une saveur légèrement alcaline, âcre; elle donne lieu à une sensation de brûlure quand on l'applique sur la langue. Son odeur est nulle, ou si elle en a une, elle ressemble à celle de la suie. »

On administre l'anthracakoli à la dose de 2 grains (0,10 centigr.) mêlés avec 5 grains (0,25 centigr.) de poudre de réglisse, trois ou quatre fois chaque jour. Sa principale action, suivant le docteur Polya, est d'augmenter l'activité de la peau, comme le démontre la transpiration générale à laquelle il donne lieu, ainsi qu'à une sensation de picotement à la peau. On ne constate pas très-promptement les bons effets de ce remède. « Dans des circonstances favorables, dit Polya, c'est-à-dire lorsque le malade transpire quelques jours après avoir commencé à prendre ce médicament, lorsqu'il est jeune, que la forme de la maladie est simple, son régime modéré, se nourrissant exclusivement de légumes, l'action curative commence en général au bout de six semaines. Cependant lorsque la transpiration ne s'établit pas immédiatement, ou même quand elle n'a pas lieu, et que le malade est entre quarante et soixante ans, il s'écoule souvent un ou deux ans avant que les effets salutaires de cette médication ne se manifestent. »

Ces extraits, qui relatent les principaux faits du livre du docteur Polya, et dans les-

En outre, on a préconisé dans cette affection l'usage interne des différents acides, minéraux et végétaux ; l'acide hydrochlorique par Jugler et Evers ; l'acide sulfurique par Home ; l'acide nitrique par Chisholm et Jos. Frank ; l'acide malique par Gmelin ; le jus de citron par Schindler et Rodschied ; le vinaigre par Jos. Frank ; l'acide hydrocyanique dilué avec de l'alcool par Schneider.

D'autres substances qui ont été vantées comme remèdes diffèrent au moins aussi complétement les unes des autres. Ainsi, Willan recommanda la liqueur de potasse, Galien la chair de vipère, Härnius les con combres, Marcellus une plante appelée Britannica, etc., etc.

Un autre remède envoyé directement du Brésil, est le Hura brésiliensis, plante appartenant à la famille des Euphorbiacées, qu'on a, dit-on, employé avec succès dans ce pays contre la syphilis, aussi bien que dans les formes de lèpre au nombre desquelles on rangeait à tort le psoriasis. Je l'ai prescrit à environ douze malades affectés de psoriasis, et à un même nombre de personnes souffrant de la syphilis. Dans ces cas, je me suis quelquefois servi d'une décoction faite avec l'écorce desséchée (℥j. à ℥vj = 38 gram. à 192 gram.), d'autres fois, de certaines préparations provenant de la plante à l'état frais. Une de ces préparations, qui est connue sous le nom d'Assacou (Succus recens Huræ braziliensis) se donne à la dose de dix grains (0,50 centigr.), seule ou avec la décoction. Une autre préparation de ce remède s'appelle le succus Huræ alcoholicus, dont il existe deux variétés, celle désignée sous le n° 1 est un mélange du suc frais avec partie égale d'alcool, tandis que celle qui porte le n° 2 contient seulement une partie de suc sur dix d'alcool. On administre la première à la dose d'un demi-drachme (0,93 centigr.), la dernière à celle d'un drachme (1 gr. 77), chaque jour.

Qu'on prenne ce remède sous forme de décoction ou d'extrait, il produit des effets très-violents ; chez quelques malades il y a seulement des vomissements, chez d'autres, des vomissements et une purgation très-énergique. Ainsi, jusqu'à vingt évacuations (dans les deux directions), ont suivi l'administration de la décoction concentrée d'Assacou. Aussi les médecins américains recommandent-ils de ne donner la décoc-

quels on loue avec si peu d'intelligence les propriétés puissantes de ce spécifique, sont assurément suffisants pour édifier le lecteur sur sa valeur réelle. Toutefois, l'anthracokali a été recommandé dans bon nombre d'ouvrages anglais et français sur les maladies de la peau. Dans l'hôpital général de Vienne on l'a essayé à plusieurs reprises, jusqu'à ce que la note du pharmacien se soit élevée à 1200 florins (3000 francs) ; mais malheureusement il a été complétement sans effet, si ce n'est, il est vrai, qu'il donnait une teinte noire aux matières fécales des malades qui en faisaient usage.

tion que tous les quatre jours, et de maintenir le malade au lit et à la diète. Or, lorsqu'on suit cette méthode de traitement et qu'elle est continuée pendant quelque temps, la nutrition souffre tellement que le psoriasis disparaît, exactement comme lorsque la nutrition est fortement troublée par une cause quelconque.

Mais il est cependant impossible de dire que le Hura braziliensis possède la propriété de guérir cette maladie; car, dans tous les cas où le psoriasis a disparu pendant l'administration de ce remède, l'affection s'est toujours reproduite dès que le malade a été remis des fâcheux effets déterminés par ce médicament. En bonne justice, toutefois, il convient d'ajouter que je n'ai jamais vu de mal persistant provoqué par ce remède, même lorsqu'il a été continué pendant trois mois. Tous les individus auxquels je l'avais prescrit ont été bien vite remis des effets nuisibles auxquels son emploi avait donné lieu.

Un autre mode de traitement analogue à celui que je viens d'indiquer, et adopté, non-seulement par bon nombre de vieux praticiens, mais même par ceux d'une école plus moderne, est celui de donner des purgations. Parmi les remèdes de ce genre sont, par exemple, les sels neutres simples (tels que le sulfate de soude, le sulfate de magnésie, le phosphate de soude, etc.), les eaux minérales de Saidschütz, Pillnau, Carlsbad, Marienbad, Kissingen, et autres sources salines, et certains cathartiques végétaux (comprenant le jalap, l'aloès, la coloquinte, la gomme gutte, le colchique et l'huile de croton. Enfin, le calomel a été très-vanté, notamment par les auteurs anglais et français; parmi les premiers par Willis et chez les derniers par Biett et Rayer. Dans le nombre de ces remèdes, il en est beaucoup que j'ai moi-même employés à plusieurs reprises; et j'ai vu malgré leur usage la plupart des malades continuer à souffrir de cette opiniâtre affection, bien que ces médicaments leur eussent été administrés pendant de longues périodes, et même durant des années, par divers médecins exerçant dans ce pays ou dans d'autres contrées. Mais, malheureusement, les bons effets qu'on a attribués aux cathartiques dans le traitement du psoriasis, je ne les ai pas constatés dans ma pratique. Çà et là, les plaques ont pu diminuer sous l'influence de purgatifs drastiques longtemps continués; mais ce résultat pouvait être rapporté, soit à une évolution spontanée de la maladie, soit à ce fait déjà mentionné que tous les modes de traitement qui troublent la nutrition, amènent pendant la même période, une diminution ou même une disparition complète de l'éruption.

Or, il est impossible qu'une personne prenne des purgations toute sa

vie sans altérer sa santé. En outre, lorsque les plaques de psoriasis ont disparu, le malade ne voit plus la nécessité de persister dans le traitement. Aussi dans tous ces cas, il arrive à la fin un moment où l'on cesse les purgatifs, et alors l'éruption reparaît toujours tôt ou tard. Il en résulte donc, que ces remèdes sont impuissants à déterminer une cure radicale de la maladie.

Une autre méthode de traiter le psoriasis, est celle qui consiste dans l'administration des diurétiques, tels que les sels d'acide tartrique, la Scille, l'Herba Equiseti, Radix Bardanæ, Baccæ Juniperi, Ononis spinosa, Petroselinum Apium, Rhamnus cathartica, Folia Uvæ Ursi, Digitalis, Aconit, Galium aparine, et la teinture de cantharides. De ces substances, celles indiquées en premier lieu, qui agissent doucement sur les reins, sont complétement inertes dans cette affection ; mais on doit considérer la dernière comme nuisible, si ce n'est, il est vrai, pour le psoriasis, du moins pour le malade qui en est affecté. Dans tous les cas où j'ai prescrit la teinture de cantharides (en commençant, comme on l'a indiqué, par quatre gouttes, et en augmentant la dose jusqu'à trente gouttes par jour), il s'est produit des effets énergiques. Aussitôt que la quantité administrée s'est élevée à quinze gouttes, le malade a éprouvé de la gêne dans la miction, et l'urine a pris une coloration très-foncée, contenant de l'albumine et plus tard du sang. En effet, il est permis de dire que la présence de ces substances dans l'urine est un résultat constant de ce remède.

Rayer, même, et le traducteur allemand de son ouvrage (1), disent que dans plusieurs cas de psoriasis ils ont donné la teinture de cantharides à la dose de cinquante gouttes, et que l'affection fut guérie sans préjudice pour le malade. Mais si l'on consulte leurs observations, on trouvera que le traitement comprenait aussi des bains sulfureux ; et, selon moi, il n'est pas facile de décider lequel de la teinture de cantharides ou de ces bains ont le plus contribué à la guérison du psoriasis. Du moins, je n'ai jamais réussi à guérir l'éruption au moyen de ce remède ; tandis que je l'ai très-souvent vu déterminer l'albuminurie ou l'hématurie, quoique l'ayant administrée avec toutes les précautions nécessaires et comparativement à petites doses. Mais j'ai observé beaucoup de cas dans lesquels des bains sulfureux seuls, notamment ceux préparés avec la chaux sulfurée ou Hepar sulfuris calcareum (Kalkschwefelleber), ont guéri le psoriasis, autant qu'il est permis de dire que cette maladie peut être *guérie*.

(1) *Loc. cit.*, Band II, S. 352.

Des observateurs expérimentés ont encore recommandé dans le traitement du psoriasis le sublimé corrosif et l'onguent gris ; mais je les ai trouvés à plusieurs reprises complétement inertes. A l'appui de cette assertion, je puis renvoyer notamment aux cas dans lesquels des éruptions syphilitiques compliquaient la maladie en question ; comme, par exemple, lorsqu'une ulcération syphilitique (Helcosis syphilitica) est survenue chez un malade qui avait pendant plusieurs années souffert d'un psoriasis non syphilitique. Dans ces circonstances, la première affection a été complétement guérie par un traitement mercuriel, tandis que la dernière est restée sans modification.

L'iode et ses diverses préparations sont également impuissants contre le psoriasis. J'ai vu bon nombre de cas dans lesquels d'autres praticiens avaient continué à donner de l'iode sans le plus léger avantage.

Malheureusement aussi je suis obligé de dire la même chose de l'huile de foie de morue administrée à l'intérieur. Comme on le sait, ce remède a été conseillé par un grand nombre de médecins, et avec beaucoup de raison, contre diverses affections cutanées, notamment le lupus. Mais dans le psoriasis il n'a aucune action.

D'un autre côté, on sait depuis les temps les plus reculés que l'acide arsénieux jouit de la propriété de modifier les tissus cornés chez l'homme, aussi bien que chez les animaux inférieurs. Personne n'ignore qu'on le donne aux chevaux dans le but de rendre leur poil lisse et brillant, et qu'en même temps il améliore leur nutrition et accroît leur ardeur, de telle sorte que les marchands de chevaux s'en servent pour augmenter la beauté de ces animaux. C'est sans doute cette circonstance qui a suggéré l'idée d'employer l'arsenic dans le traitement des maladies de la peau. Son efficacité dans certains cas où l'épiderme est malade est incontestable ; aussi quelques personnes ont-elles pensé que c'était un remède approprié et d'un effet certain dans toutes les formes écailleuses d'éruption. Il a été vanté par les auteurs de tous les pays, et il y a très-peu de livres ou d'articles sur une dermatose chronique quelconque dans lesquels l'arsenic ne soit pas mentionné en termes laudatifs. On peut s'en assurer surtout dans les ouvrages de Biett (édités par Cazenave et Schedel), Devergie, Hardy, Erasmus Wilson, Thomson, et Hunt. Ce dernier auteur (1), en effet, fait jouer à l'arsenic un rôle si important dans le traitement des affections de la peau, que je ne puis qu'appeler l'attention de mes lecteurs sur ses assertions, — non, certes, que je désire qu'ils imitent sa pra-

(1) « Practical Observations », etc. London, 1847, p. 16.

tique, mais parce que je veux montrer combien elle est dangereuse, et empêcher d'autres praticiens qui n'ont pas une aussi grande expérience que moi dans cette branche de la médecine de suivre ses indications. Je crois qu'il est d'autant plus nécessaire de donner cet avertissement que certains hommes des plus distingués et des plus savants, ont été à ma connaissance égarés par l'ouvrage de M. Hunt, auquel on renvoie en général sur cette question, et qui a été en 1860 traduit en allemand par le docteur E. R. Pfaff de Plauen en Voitgtland. Au lieu de faire une critique détaillée de ce traité, je me bornerai à en citer simplement un passage pour montrer le point de vue où s'est placé l'auteur. « La maladie », dit-il page 16, « guérira spontanément ou non : si elle est de nature syphilitique, on doit la traiter en conséquence ; s'il en est autrement, l'arsenic est le meilleur remède altérant. » Je donne ceci comme un spécimen des principes qui dirigent M. Hunt, et de la méthode sommaire de conduite qu'il adopte dans les maladies de la peau ; mais je dois aussi faire observer que, outre l'administration de l'arsenic, il saigne son malade plusieurs fois *usque ad deliquium*, qu'il lui fait appliquer des ventouses, et met des sangsues au bord rouge des plaques qui se sont manifestées en dernier lieu, enfin qu'il prescrit des purgatifs salins énergiques, ou des pilules bleues, *Hydr. c. Creta*, du colchique et de la coloquinte. Et cependant il est obligé d'avouer que, malgré ce traitement, il est survenu des récidives fréquentes dans les cas qu'il décrit. Ce résultat n'est certainement pas de nature à engager quelqu'un à adopter la méthode de M. Hunt, ou à approuver la remarque extraite d'un journal anglais dans la préface de la traduction allemande, que « M. Hunt a transporté ces affections de la classe des maladies incurables dans la classe de celles qui sont curables ».

Il m'est donc complétement impossible de partager les opinions de cet auteur. Mais il demeure, néanmoins, parfaitement vrai que l'arsenic a une action curative certaine dans des cas de psoriasis, et peut faire subir à cette affection une évolution temporaire sinon permanente. Je dois en outre remarquer que, bien que ce remède puisse être pris régulièrement pendant des mois et même des années sans que la maladie soit guérie (c'est-à-dire guérie d'une manière durable aussi bien que temporaire), je ne l'ai jamais vu donner lieu à des effets nuisibles persistants, même quand on l'administre à doses assez élevées (1).

(1) Il y a lieu de faire une réserve au sujet de ce *jamais*. Ce que le professeur Hebra

Les préparations arsenicales suivantes sont celles que, comme d'autres dermatologistes, j'ai administrées dans le traitement du psoriasis et autres affections de la peau : la solution de Fowler (arsénite de potasse), la solution de Pearson (arséniate de soude), la solution de Donovan (iodure d'arsenic et arséniate de mercure), les pilules asiatiques composées d'arsenic et de poivre), et enfin les pilules d'arsenic et d'opium.

La solution de Fowler [dans un drachme et demi (2 gr. 65 c.) de laquelle il y a un grain (5 centigrammes) d'arsenic] est employée à la dose de six gouttes par jour. On la donne en général avant le repas, soit dans de l'eau, soit dans une infusion aromatique quelconque telle que l'infusion de menthe, de mélisse ou de camomille. Si elle n'est pas nuisible pour le malade (déterminant quelques fâcheux effets, tels que des nausées, de la gastrodynie, ou des vomissements) on augmentera la dose d'une goutte après les deux premiers jours, et à des intervalles égaux on pourra l'élever graduellement jusqu'à ce qu'on soit arrivé à douze gouttes par jour, intervalle pendant lequel il se produira en général quelque effet. Ce résultat consiste dans l'atténuation de la quantité des écailles sur les différentes plaques, dans la diminution de la rougeur qu'on observe sur les macules après la chute des écailles, ou dans la coloration brunâtre qu'elles prennent, et, enfin, dans la cessation de la démangeaison. On peut alors continuer le remède à la même dose (douze gouttes) pendant une longue période. Dans des cas où, quoique bien supporté, il n'a déterminé aucun changement dans l'affection cutanée, il est encore possible d'augmenter la dose, mais à des intervalles plus éloignés (comme, par exemple, tous les quatre jours), et donner jusqu'à vingt gouttes 2/9mes d'un grain (11 milligr. 8/10) d'acide arsénieux. Si cette dose ne détermine pas un changement prononcé dans le psoriasis, il n'y a dans la majorité des cas, aucune raison de ne pas porter la dose jusqu'à 30 gouttes par jour, ou 1/3 de grain (17 milligr. 7/10) d'arsenic, car on peut même continuer l'administration d'une quantité aussi forte pendant longtemps, sans aucun inconvénient pour le malade. Si cependant on trouve qu'une plus petite dose est suffisante pour produire une modification favorable dans l'affection, il faut la continuer jusqu'à ce que les macules rouges

n'a pas vu, dans un hôpital, où bien souvent les doses prescrites ne sont pas les doses réellement ingérées, d'autres l'ont observé ; nous avons nous-mêmes constaté des susceptibilités gastriques persistantes, des diarrhées rebelles, à la suite de médications arsenicales prolongées. Ce cas ne constitue que l'exception, il est vrai ; mais ce qu'il y a de certain, c'est que nous connaissons des psoriasiques chez lesquels l'usage de l'arsenic a déterminé des troubles dyspeptiques persistants. (A. D.)

aient tout à fait disparu et soient remplacées par des taches pigmentaires brunes, ou du moins jusqu'à ce que la maladie cesse de se manifester à l'état punctiforme ou guttiforme. Lorsqu'il en est ainsi, on diminue graduellement la dose jusqu'au minimum de six gouttes, quantité par laquelle le malade a commencé.

J'ai plusieurs fois administré cette préparation pendant plusieurs mois sans interruption, la quantité prise pendant un espace d'environ six mois dépassant 2000 gouttes. Et non-seulement le remède a été sans inconvénient pour le malade dans ces cas, mais il lui a été profitable à tous les points de vue.

Dans d'autres circonstances, quelquefois dans un but d'expérimentation, d'autres fois parce que l'arsénite de potasse n'était pas bien supporté, j'ai eu recours à la solution de Pearson, dont on a tant fait l'éloge. Cette préparation, la *liquor sodæ arseniatis*, consiste en de l'arséniate de soude dissous dans de l'eau distillée dans la proportion d'un grain (5 centigr.) sur une once (30 gram.). Vingt gouttes contiennent 1/24 de grain (2 milligr. 2/10) du sel. Elle est en conséquence beaucoup moins active que la solution de Fowler, et on la donne à la dose de quarante-cinq gouttes par jour, ou quinze gouttes trois fois par jour. On commence ordinairement par cette dose et on la continue sans augmentation ni diminution jusqu'à ce que se manifestent dans la maladie cutanée les changements que j'ai décrits ci-dessus. Une autre préparation arsénicale mentionnée dans un grand nombre d'ouvrages sur la Dermatologie ainsi que dans les traités de matière médicale est celle qui a été préconisée par Biett, la solution d'arséniate d'ammoniaque. Comme celle dont je viens de parler elle contient un grain à l'once. (5 centigr. pour 30 gram.), et on l'administre de la même manière.

La solution de Donovan se prépare en triturant ensemble, dans un mortier, 39 1/2 grains (2 gram. 93 milligr.) d'acide arsénieux, 76 1/4 grains (4 gram. 41 milligr.) d'iode pur et 100 grains (5 gram.) de mercure, mouillés avec une petite quantité d'alcool, en ayant soin de continuer la trituration jusqu'à ce que la masse soit devenue parfaitement sèche. On ajoute alors de l'acide hydriodique, dont on mêle une quantité correspondante à 32 1/2 grains (1 gram. 722 milligr.) d'iode avec 4 onces (120 gram.) d'eau distillée. Le produit est mélangé en l'agitant avec trois autres pintes d'eau distillée et on le fait bouillir jusqu'à ce qu'on obtienne un liquide pesant 1300 grains (68 gram. 9 décigr.). Cette solution, parfaitement transparente, a une pesanteur spécifique élevée, et ne laisse pas de résidu fixe par l'évaporation. On la donne dans un mé-

lange contenant un drachme (1 gr. 77) de la solution et une demi-once (15 gram.) de sirop de gingembre dans trois onces (90 gram.) d'eau distillée, dont on administre trois cuillerées à dessert chaque jour. J'ai essayé cette préparation dans diverses formes de maladies cutanées, mais je ne l'ai jamais vu produire de très-bons effets (1).

Les « pilules asiatiques », d'un autre côté, sont en réalité un excellent remède, non-seulement à cause de leur valeur thérapeutique, mais aussi parce qu'elles n'offrent aucune difficulté dans leur préparation, et parce qu'il est facile de régler leur dose, et qu'on peut les administrer sans peine. On les prépare en mélangeant 66 grains (3 gram. 498 milligr.) d'acide arsénieux et 9 drachmes (14 gram. 83 cent.) de poivre noir en poudre avec de la gomme arabique et de l'eau, de manière à faire 800 pilules. Chaque pilule contient donc 0,0825 d'un grain (0gr,005) d'acide arsénieux. Dans la plupart des cas, il suffit de donner trois pilules une fois par jour, le meilleur moment pour que le malade les prenne est immédiatement avant dîner. Mais dans des cas de psoriasis rebelle, j'ai parfois porté la dose journalière à douze pilules (0,99 d'un grain ou 52 milligr. 47/100 d'acide arsénieux), et j'ai continué ainsi pendant plusieurs mois sans diminution. De cette manière, il est arrivé plusieurs fois que le malade a pris l'énorme quantité de 2000 pilules asiatiques (ou plus de 160 grains (8 gram.) d'acide arsénieux) avant d'être débarrassé de la maladie. Il importe, nécessairement, que les personnes auxquelles on donne ces doses considérables d'arsenic soient surveillées avec soin, et se trouvent constamment placées sous l'observation médicale. Dans aucun cas, toutefois, je n'ai vu survenir d'effets fâcheux ; et je puis, en conséquence, recommander avec confiance à mes confrères de donner des pilules asiatiques, même en aussi grande quantité que celle que j'ai mentionnée, aux malades qui sont atteints de ces intraitables affections de la peau (2).

Dans un certain nombre de cas, encore, j'ai prescrit l'arsenic associé à l'opium, dans l'espoir qu'il serait de cette manière plus facilement supporté par les malades. J'ai ordonné, par exemple, un grain (5 centigr.) d'acide arsénieux et quatre grains (0,20 centigr.) d'opium,

(1) Expérimentée sur plusieurs cas de lupus, de psoriasis et de syphilides serpigineuses, à l'Antiquaille en 1847 et en 1848, la liqueur de Donovan n'a pas produit de meilleurs résultats entre les mains des médecins lyonnais que dans la pratique du professeur Hebra. (A. D.)

(2) Notre propre expérience confirme encore, à ce sujet, celle du médecin de Vienne. Nous nous rappellerons toujours, entre autres, un jeune homme de vingt ans, affecté depuis trois ans d'un psoriasis à poussées non intermittentes, et qui fut et resta radicalement guéri après un traitement de trois mois environ par les pilules asiatiques dont la dose ne dépassa pas le nombre de trois par jour. (A. D.)

avec quantité suffisante de savon pour faire seize pilules, et j'en ai administré quatre chaque jour, deux le matin et deux le soir. J'ai continué l'usage de ces pilules pendant plusieurs mois et avec les résultats désirés.

Les paragraphes précédents indiquent que j'ai dû faire de nombreux essais des diverses préparations arsenicales. Je les ai, en réalité, employées chez plus de 400 malades atteints de diverses formes de maladie de la peau ; de sorte que je puis, d'après mon expérience personnelle, affirmer la valeur thérapeutique de ce médicament. Il m'est, toutefois, impossible de lui attribuer le pouvoir de *guérir* infailliblement les affections chroniques de la peau (1). Pour atteindre ce résultat, l'arsenic devrait non-seulement déterminer la disparition des éruptions existantes, mais *prévenir leur retour*. La vérité est, cependant, que par l'emploi de chacune de ses préparations, j'ai, dans différents cas, vu la maladie reparaître de nouveau ou subir une rechute. Ainsi, tandis que l'action spéciale de l'arsenic est démontrée en ce qu'elle fait tomber les écailles de quelques-unes des plus anciennes plaques de psoriasis, et en ce qu'elle change leur coloration rouge en une teinte brune, de nouvelles taches continuent à se manifester sur des points jusqu'alors indemnes de la maladie. Ces remèdes possèdent donc le pouvoir de faire disparaître des éruptions existantes, mais sont impuissants pour prévenir l'apparition de nouvelles poussées. Et néanmoins ce sont les plus efficaces de tous les agents internes dont j'ai eu occasion de parler, et l'on peut dire que seuls, parmi ces médicaments, ils peuvent être pris par la plupart des individus pendant très-longtemps sans aucun inconvénient pour leur santé.

Pour être à même de décrire les nombreuses *applicatious locales* qu'on a recommandées pour la guérison de cette maladie, il est nécessaire de les ranger sous différents titres.

Eau. — Je commencerai par étudier l'eau comme remède local contre le psoriasis. Dans cette catégorie, il faut mentionner les pansements à l'eau, les bains, les bains de vapeur, la méthode « hydrothé-

(1) Dans cette étude aussi consciencieuse que complète sur l'efficacité des préparations arsenicales, on pourrait reprocher au professeur Hebra d'avoir envisagé l'action de ce remède, et prononcé sur sa valeur dans son application contre les dermatoses en général, au lieu de l'étudier dans son effet spécifique contre les affections squameuses. Les cliniciens français ne font pas cette confusion ; ils savent et agissent en conséquence, que les vieux prurigos, que les eczémas sécrétants échappent tout à fait à l'influence thérapeutique des arsénicaux. Ils la réservent donc pour le psoriasis ; et bien que, même ainsi restreinte, cette médication donne lieu à de fréquents mécomptes, ils se gardent de conclure de son impuissance contre les formes humides à son défaut absolu d'efficacité contre les dartres furfurescentes. (A. D.)

rapique » employée par Priessnitz et autres, pour la cure de diverses maladies, les sources chaudes et, enfin, le « bain continu », que j'ai inventé.

Et, en premier lieu, je puis dire que le simple *pansement à l'eau*, s'il est continué assez longtemps, peut faire disparaître un psoriasis. Dans ce but, on se sert de bandes de toile convenablement disposées pour établir un bandage. On les trempe dans de l'eau tiède ou chaude, on les roule autour des parties affectées, et on les recouvre d'une couche mince de gutta-percha ou de toire cirée, de manière à retarder l'évaporation du liquide et à augmenter l'effet de son application. Les malades chez lesquels on emploie ce mode de traitement n'ont pas besoin d'être tenus au lit, ni même à la maison, mais on peut leur permettre d'aller au grand air. Dans les variétés les plus légères de psoriasis, et notamment lorsque l'affection est limitée aux membres, cette méthode suffit très-souvent pour la faire disparaître entièrement ; mais dans tous les cas on peut y avoir recours comme à un adjuvant pendant l'administration des médicaments internes, ou pour remplacer le bain chaud quand il est impossible de s'en procurer.

Au lieu du pansement à l'eau, si quelque chose devait en entraver l'application que j'ai décrite ci-dessus, on pourra se borner à envelopper les parties malades simplement dans de la gutta-percha mince ou de la toile cirée. Les produits de la transpiration cutanée s'accumuleront alors entre la peau et son enveloppe imperméable, de manière à former une couche de liquide qui, restant toujours en contact avec la peau, la maintient constamment humide.

On suppose en général que des *bains chauds*, à une température agréable (90° à 100° Fahr., 32,22 à 37,78 c.), sont indispensables à un malade atteint d'une affection cutanée, et que, dans le psoriasis notamment, ils sont d'un grand secours. Or, je le nie complétement en tant qu'il s'agit des bains tels qu'ils sont usités ordinairement, dans lesquels une personne reste seulement une demi-heure ou une heure ; car je ne les ai pas vus atténuer et, à coup sûr, jamais guérir, cette affection. Il est vrai que lorsque des bains sont continués pendant plusieurs heures, ou qu'on emploie mon « bain continu » (1), on observe des effets plus marqués ; mais même alors ils se manifestent beaucoup plus lentement dans cette maladie que dans beaucoup d'autres ; par conséquent je ne puis recommander l'usage des bains chauds dans le pso-

(1) Voyez page 320.

riasis, à moins cependant qu'ils ne fassent partie essentielle d'autres méthodes de traitement.

Or, si je n'attache qu'une importance très-secondaire dans le traitement du psoriasis à l'emploi des bains chauds et même du bain continu, j'attribue encore moins de valeur aux bains de vapeur. Et cependant, selon quelques auteurs, ils auraient des propriétés curatives spéciales dans la maladie en question. Les seuls cas dans lesquels il me semble indiqué de conseiller des bains de vapeur sont ceux où il est impossible d'appliquer des pansements à l'eau, ou lorsque les bains chauds ne peuvent être mis en œuvre, soit parce que l'état du malade ne le permet pas, soit parce que l'affection est située sur quelque région du corps (comme, par exemple, la figure et le front) qui n'est pas accessible au bain chaud ordinaire. Je ne veux pas dire, cependant, que l'existence du psoriasis sur d'autres parties contre-indique l'emploi du bain de vapeur, mais seulement qu'on ne doit pas supposer qu'il est plus efficace qu'un bain chaud ordinaire.

Les effets des bains de *tourbe* et de *boue* sont à peu près équivalents à ceux des pansements à l'eau.

L'*hydrothérapie* cependant, d'après la méthode primitive de Priessnitz, est un mode beaucoup plus effectif de traiter le psoriasis. Une des parties les plus essentielles de cette thérapeutique étant de faire le lit du malade, les indications formulées à cet égard doivent être scrupuleusement suivies. Le procédé convenable est le suivant : — Sur un lit composé d'une paillasse et d'un matelas ordinaire, on étend une feuille mince de gutta-percha ou de toile cirée, pour empêcher que le matelas ne soit mouillé. On place alors en travers deux fortes bandes ou serviettes pliées; par-dessus une couverture de laine épaisse, mise en double et pliée de manière à dépasser un peu les deux extrémités des matelas; et par-dessus tout cela on met encore un drap de toile qu'on a trempé dans de l'eau froide et qu'on a tordu avec soin. Le malade, entièrement nu doit alors se coucher sur le drap avec une bouteille entre les cuisses pour recevoir ses urines. On l'enveloppe ensuite complétement dans le drap mouillé, de manière que la tête et le front soient recouverts jusqu'aux sourcils, les oreilles et les joues autour du menton, les côtés du drap étant roulés autour du tronc et des membres. On replie alors la couverture de laine exactement de la même manière, laissant seulement à découvert le nez, la bouche et les yeux. Enfin on attache les bandes et les serviettes de façon à maintenir la couverture en contact immédiat avec le corps du malade.

Ce n'est qu'au début seulement que des sensations désagréables peu-

vent résulter de l'application de ce procédé qui est connu sous le nom d' « emmaillottement » (« Die Priessnitzsche Einwickelung ») ; elles sont immédiatement suivies d'une chaleur qui n'excède cependant pas la température naturelle du corps, et qui, outre qu'elle a un effet très-salutaire, n'est pas désagréable, pourvu que la transpiration s'établisse. Pour favoriser la sueur, ainsi que pour rafraîchir le malade, on lui donne fréquemment de l'eau à boire, et l'on continue l' « emmaillottement » pendant trois ou quatre heures sans rien déranger ; après ce temps, lorsqu'il s'est ainsi baigné dans sa propre transpiration, la seconde partie du traitement commence, celle de le refroidir. Dans ce but (soit dans la même chambre, soit dans une autre pièce située tout près de celle où le malade est couché emmaillotté) on remplit une baignoire d'eau froide de rivière ou de source ; et, quand la chose est possible, on y ajoute également un appareil à douches. On détache alors la bande inférieure, celle qui entoure les genoux du malade, on dégage ses pieds de la couverture et du drap mouillé, de manière qu'il puisse se lever de son lit et marcher vers le bain. Lorsqu'il en a atteint le côté on défait également la deuxième bande, on retire rapidement la couverture et le drap, et on lui recommande de se plonger instantanément dans l'eau froide. Pendant qu'il est dans le bain on le frictionne avec des serviettes, en exigeant aussi qu'il se frotte lui-même et qu'il s'agite dans l'eau. De cette manière on diminue la sensation pénible qu'occasionne d'abord l'eau froide, et elle est bientôt suivie d'une chaleur que tout le monde dépeint comme étant très-agréable et confortable. Ensuite, s'il y a un appareil à douches adapté au bain, on en dirige le jet sur toutes les parties du corps du malade ; mais quand cet appareil n'existe pas, on le remplace par des éponges trempées dans l'eau froide, ou bien on arrose le sujet en versant sur lui de l'eau avec un seau. Enfin, après le bain, on l'enveloppe dans des serviettes sèches et l'on a de nouveau recours aux frictions. Le malade s'habille alors rapidement et on l'envoie faire une promenade au grand air.

Cet exercice tout entier, comprenant le bain froid et la douche, ainsi que l' « emmaillottement » est renouvelé deux fois en vingt-quatre heures; le matin de bonne heure (en général vers quatre ou cinq heures), et de nouveau quelques heures après dîner à quatre ou cinq heures du soir. En même temps le malade reçoit une alimentation simple mais nutritive, on lui défend les liqueurs alcooliques et on lui donne fréquemment à boire de l'eau froide.

Ayant eu moi-même recours à ce genre de traitement et avec un

succès marqué chez bon nombre de psoriasiques, je puis, en conscience, en conseiller l'adoption dans tous les cas où la maladie est étendue, et où il est possible de mener à bonne fin une pratique qui demande tant de temps et de patience. Ainsi que je l'ai déjà dit, cependant, il est essentiel que « l'emmaillottement » soit fait avec soin, et que (si l'on y a toujours recours), on l'emploie avec persévérance. Il ne faut pas non plus s'attendre à de meilleurs résultats que ceux obtenus par d'autres genres de traitement local systématique.

La méthode recommandée par Priessnitz à une époque ultérieure— celle des frictions — est bien moins efficace que le procédé d'« emmaillotement » ci-dessus décrit. Elle consiste dans l'enveloppement du malade successivement dans plusieurs draps trempés dans de l'eau froide, et dans l'emploi immédiat des frictions, sans avoir fait usage de couvertures. On lui fait ensuite prendre un bain froid, et on lui donne une douche.

Le psoriasis est si rebelle et si difficile à guérir que toutes les eaux minérales et les stations thermales du monde ont probablement été visitées par des malades atteints de cette affection, appartenant aux classes les plus riches de la société. Cependant il n'existe pas une seule localité qui ait pu se faire une réputation durable pour ce genre de traitement. Ni les sources sulfureuses, ni celles contenant de l'iode, ou dont le sel est l'élément minéralisateur principal, ni celles, enfin, dans lesquelles on ne trouve pas de principe constitutif spécial (indifférente Thermen), n'ont paru posséder des propriétés spécifiques contre le psoriasis ; et quoiqu'une ou deux stations de bains aient gagné un peu plus de réputation que d'autres, cela est dû simplement à la manière dont on y emploie les bains et nullement à la composition chimique de l'eau. La remarque que je viens de faire s'applique notamment aux bains de Louëche (Leuk), en Suisse, qui sont souvent conseillés par les médecins allemands et français aux malades atteints d'affections cutanées (spécialement de psoriasis), et auxquels, dans certains cas, on a eu recours avec succès. A cette source, il existe un usage particulier qu'on ne rencontre pas ailleurs. Le malade ne reste pas simplement une demi-heure ou une heure dans le bain, mais il y séjourne six ou huit heures consécutives, — depuis le matin de bonne heure jusqu'au dîner. Ainsi, pour des périodes égales de traitement, le temps consacré au bain est environ six fois plus considérable que dans les autres stations thermales. Je suis intimement convaincu que Louëche doit à cette circonstance la plus grande partie de sa réputation dans le traitement des maladies de la peau. Car certaines sources (telles que

Baden, près Vienne, Gastein et Krapina-Töplitz, en Croatie), où le même mode de traitement est adopté par les baigneurs, notamment par les habitants du pays, jouissent, en effet, d'une renommée semblable à l'étranger et chez eux (1).

(1) Le psoriasis est une des affections qu'on rencontre le plus habituellement dans les stations thermales, et nous croyons que si les résultats obtenus n'y sont pas plus complets que par les autre modes de traitement, on peut cependant y constater des guérisons qui ont persisté un certain temps, plusieurs années même à côté d'autres, qui se sont maintenues d'une manière permanente. Mais là comme à propos des autres médications est-il permis de considérer la maladie comme vaincue définitivement. Je n'oserais l'affirmer.

Toutes les eaux à minéralisation effective ont été conseillées contre cette forme de dermatose, soit les chlorurées sodiques (telles que *Bourbonne*, *Kreuznach*, *Nauheim*, etc.), et parmi ces dernières notamment celles qui sont à la fois salines et sulfureuses (*Uriage*, *Aix-la-Chapelle*, etc), soit sulfurées (*Baréges*, *Schinznach*, *Ax*, *Luchon*, *Cauterets*, *Aix-en-Savoie*, *Nenndorf*, *Viterbe*, etc. Tous les hydrologues s'accordent pour établir l'utilité d'une surexcitation vive du tégument, surtout quand ce tissu présente, comme on l'observe habituellement, un état torpide très-prononcé. Le plus souvent il est nécessaire de pousser vigoureusement à la peau; une excitation même assez forte de l'enveloppe tégumentaire doit être sollicitée, si l'on veut obtenir une modification dans l'habitude fonctionnelle pervertie de cet organe. C'est dans les formes sèches et invétérées du psoriasis que des bains convenablement prolongés, à une température un peu élevée, des douches chaudes, des étuves, en occasionnant un certain degré de surexcitation, peuvent contribuer à changer la nature des lésions anatomiques.

C'est à la *poussée* provoquée chez presque tous les sujets par l'usage des bains qu'est due la réputation des eaux de Louèsche dans le traitement du psoriasis. La poussée est évidemment la conséquence du bain thermal prolongé. Or cette excitation énergique de l'appareil tégumentaire constitue en réalité une médication essentiellement substitutive; et nous comprenons très-bien qu'elle agisse dans le même sens que les pommades et les onguents préconisés par le professeur allemand.

Du reste, je ne puis ici que formuler des règles générales; et l'on comprend très-bien qu'indications comme résultats varient suivant une foule de conditions; l'ancienneté du mal, son étendue, sa généralisation, ses caractères objectifs, ses causes occasionnelles probables, l'état de la santé, les dyscrasies concomitantes, etc. Ce sont là autant de motifs permettant de porter un pronostic plus ou moins favorable. Mais il est dans tous les cas évident que dans la forme *inveterata*, dans l'état torpide de la peau, il est utile d'obtenir une poussée, une surexcitation énergique, susceptible de modifier l'état du tégument; car l'inflammation ainsi conduite, la substitution est l'un des moyens les plus puissants sur lesquels on puisse compter pour changer la nature des tissus altérés. Mais il n'est pas toujours facile d'obtenir ces poussées, ces excitations cutanées dans les affections anciennes, et cependant auprès des stations que j'ai citées on a souvent obtenu par l'emploi des eaux des succès incontestables. D'ailleurs suivant les circonstances on ne doit pas hésiter à associer au traitement par l'eau des préparations arsenicales dont l'adjonction m'a semblé parfois des plus utiles et dont l'usage pendant la cure thermale est remarquablement bien supporté, gradué qu'il est d'après les effets produits et d'après la tolérance, par le médecin, qui, là, a la possibilité de suivre son malade jour par jour, heure par heure.

On a encore conseillé, chez les personnes névropathiques, atteintes de psoriasis, l'emploi de sources faibles (indifferenten Thermen), Néris, Plombières, Schlangenbad, etc. Mais leur action paraît s'exercer exclusivement sur l'éréthisme nerveux bien plus que sur la dermatose elle-même.

Les sources arsenicales telles que la Bourboule, Avènes, Bussang, etc., ont été aussi préconisées en raison de la quantité du métal spécifique qu'elles contiennent, mais les résultats obtenus n'ont pas été assez concluants jusqu'à ce jour, pour qu'il y ait lieu de leur attribuer une valeur plus particulière dans le traitement du psoriasis.

Pour M. Bazin, les eaux minérales agissent soit comme spécifiques, c'est-à-dire contre la maladie elle-même, soit comme douées de propriétés pathogénétiques, et

Ainsi que je l'ai déjà dit (1), en parlant du traitement de la variole et des brûlures, j'ai fait construire un appareil à l'aide duquel le bain chaud peut être continué pendant longtemps, le malade restant en réalité sans interruption jour et nuit dans l'eau chaude. J'ai essayé cet appareil dans le psoriasis, ainsi que dans les affections ci-dessus mentionnées. L'effet, toutefois, a été simplement celui que j'aurais atteint en me servant de lotions ou d'autres applications topiques qui permettent de maintenir l'épiderme dans un état de macération. La maladie n'a pas été guérie.

En terminant ces considérations sur le traitement du psoriasis au moyen de l'eau, il faut aussi que j'indique les bains de mer, d'étang, de lacs, de rivières, mais seulement pour établir qu'ils sont inutiles.

Savon. — L'action bien connue des alcalis sur l'épiderme et sur les tissus cornés en général, explique pourquoi on a si souvent employé des savons dans un but thérapeutique, ainsi que pour nettoyer la peau saine. Il semble même que l'instinct conduit les hommes à se servir d'eau et de savon dans toutes les affections cutanées où l'épiderme est sécrété en quantité excessive, et s'accumule sous forme d'écailles à sa surface. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on trouve le savon vanté comme un remède local contre le psoriasis; et l'éloge est mérité pourvu que l'on emploie un savon de bonne qualité, et qu'on l'applique d'une manière convenable. Le savon à laver ordinaire (savon de soude), utilisé suivant le procédé habituel, pour se laver les mains, ne répondra pas, il est vrai, à notre attente, car, ou il ne guérit pas du tout la maladie, ou, si la guérison a lieu, ce n'est qu'après un temps très-long. Mais si l'on a recours au savon de potasse, et si l'on s'en sert d'une manière méthodique et énergique, on en obtient de très-bons résultats.

Je parlerai d'abord du savon lui-même, et puis de la façon dont il

dans ce cas, opèrent contre l'élément pathogénétique et la lésion élémentaire. Aussi le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis conseille-t-il particulièrement l'emploi des eaux minérales arsenicales dans le psoriasis herpétique. Contre le psoriasis arthritique, il préconise les eaux alcalines, les douches de même nature et les bains de vapeur. Mais si ce dernier est une affection bénigne quand il se présente sous l'aspect scarlatiniforme, il n'en est plus de même dans la forme nummulaire qui est très-sujette à récidiver et dont les inconvénients, suivant M. Bazin, seraient beaucoup plus grands que ceux du psoriasis dartreux, maladie qui peut rester bénigne pendant de longues années, quelquefois même pendant toute l'existence du malade.

En résumé, les eaux minérales contribuent à consolider la guérison du psoriasis, et dans d'autres circonstances elles la produisent d'une manière momentanée ou définitive dans des cas où toutes les autres médications avaient échoué.

(A. D.)

(1) Voyez p. 267, 320.

faut l'employer. Et, d'abord, je dois faire remarquer que, pour se procurer un bon savon de potasse, il ne faut pas aller chez un pharmacien, mais, si c'est possible, dans une fabrique où on le prépare sur une grande échelle. Pfeuffer et autres écrivains médicaux, ont, il est vrai, pris la peine de donner une formule (1) pour la préparation du savon dans un laboratoire pharmaceutique, mais ils ont oublié que la saponification ne peut être obtenue en mêlant simplement ensemble des quantités quelconques d'alcali et de graisse, et qu'il est indispensable de posséder certains détails pratiques connus de ceux qui se livrent toute l'année à la fabrication du savon. Une observation répétée m'a appris qu'on obtient les effets les plus variables du savon mou préparé par ces méthodes dans les officines des pharmaciens. Sur un point il enlèvera complétement l'enveloppe épidermique de la peau, et le chorion se trouvera dénudé ; dans un autre endroit, il n'aura pas plus d'action que l'huile. Dans le premier cas, il détermine un grand nombre d'excoriations douloureuses dont la présence sera un obstacle au traitement ; dans le second cas, il est tout à fait inerte. En affirmant qu'il n'est pas désirable de se servir du savon de potasse fabriqué par les pharmaciens, je suis loin toutefois de prétendre que ce qu'on se procure dans leurs officines n'est jamais bien fait. D'un autre côté, je sais parfaitement que le savon du commerce n'est pas nécessairement exempt de défectuosités (2), car très-souvent il renferme de petites particules carbonisées et des cendres, qui le rendent pierreux, et font qu'il occasionne de l'irritation quand on l'applique sur la peau.

Le bon « savon mou » ou savon de potasse (Schmierseife, grüne Seife, sapo viridis, sapo kalinus, savon vert), doit être un peu plus épais que le sirop, ou environ de la consistance du Rob Laffecteur (3), de sorte qu'il ne coulera pas quand on renversera sens dessus dessous un pot qui le contient. Il faut que sa couleur soit vert-olive ou brune ; sa saveur alcaline âcre, quand on le met sur la langue, que sa consistance ne soit pas gélatineuse, mais bien plutôt pulpeuse et parfai-

(1) Cette formule est la suivante : ℞ « Lixivii caustici saturati (ponderis specifici 1,333) partem unam, adipis ceti partes duas. » Handschuh réduit la pesanteur spécifique de la potasse caustique à 1,330, et emploie de l'axonge au lieu d'huile de baleine. D'autres conseillent de se servir du capitel ordinaire de savonnier neutralisé avec l'huile de foie de morue, ou avec du beurre de cacao, de l'huile d'olive, etc. Mais ni ces derniers, ni ceux dont j'ai donné les noms, n'ont atteint le but qu'ils se proposaient, — la préparation d'un bon savon mou exempt de propriétés caustiques.

(2) Depuis des années j'ai obtenu de la maison Duvernois de Stuttgart tout le savon de potasse dont j'ai eu besoin.

(3) Voyez page 40.

tement homogène; que son odeur ne soit pas rance. Il doit se dissoudre dans l'alcool sans laisser de résidu notable. Enfin, il ne faut pas qu'on puisse y découvrir de particules de sable quand on le roule entre les doigts.

Pour enlever la mauvaise odeur qu'a toujours le savon de potasse, on le fait dissoudre dans l'alcool (dans la proportion de deux parties de savon sur une d'alcool), et après qu'on a filtré ou laissé déposer cette solution, on la parfume avec la teinture de lavande ou toute autre essence aromatique. De cette manière on a tous les effets thérapeutiques du savon mou, tout en évitant son odeur désagréable, et on se débarrasse des grains de sable qu'il peut contenir. Pour distinguer cette solution du spiritus saponatus ordinaire, préparé avec du savon de soude, je le désigne sous le nom de *spiritus saponatus kalinus*.

Quand on se sert de ce liquide ou du savon de potasse lui-même, on doit faire attention aux points suivants : Il faut d'abord que l'application se trouve en contact immédiat avec la surface de la peau, et qu'elle y soit maintenue pendant longtemps. Il ne suffit pas de faire une friction avec le savon et de l'enlever immédiatement après. Il est nécessaire de le laisser sur la partie malade pendant plusieurs jours, et quelquefois durant des semaines entières. Il faut, en réalité, l'employer de la même manière, et d'après les mêmes principes qui doivent diriger dans les pansements à l'eau ou les lotions (in Gestalt und nach dem Principe von Umschlägen.) Il y a une très-grande différence entre une friction avec un onguent dont on désire voir les parties constituantes pénétrer les différentes couches de la peau, être absorbées par les vaisseaux et entrer ainsi dans le torrent circulatoire, et l'emploi d'un remède dont on suppose que l'action principale est de ramollir et de *macérer* l'épiderme ou de le détruire. Plus on laissera longtemps un tel remède en contact avec la surface cutanée, et plus certainement le but que l'on poursuit sera atteint.

C'est le mode de traitement de la gale appelé « méthode anglaise », qui a suggéré d'abord la pratique de l'enveloppement des malades nus dans des couvertures de laine, et des frictions sur tout le corps avec la pommade soufrée et le savon. On observa alors que par ce mode de traitement l'épiderme se trouve très-amplement ramolli et détruit, et cette remarque conduisit naturellement à l'emploi de la même méthode ou d'une semblable dans d'autres affections de la peau, notamment dans celles qui, comme le psoriasis, sont largement répandues sur toute la surface cutanée. Ainsi, Pfeuffer recommande d'envelopper le malade, pendant six jours consécutifs, dans des couvertures

de laine et de le frictionner deux fois par jour avec du savon mou. Il lui en donne dix-huit onces (780 gram.), divisées en six parts, dont trois contiennent quatre onces (120 gram.), et trois deux onces (60 gram.) chacune. Pendant les trois premiers jours, on emploie chaque jour quatre onces (120 gram.), on applique la moitié de cette dose le matin en frictions sur toutes les parties du corps à l'aide d'un morceau de flanelle ou d'une brosse *ad hoc*, et le soir on emploie de la même manière l'autre partie. Durant les trois derniers jours de traitement, il suffit d'une once (30 gram.) pour chaque friction, — car non-seulement l'épiderme est très-ramolli sur une vaste étendue, mais les couvertures sont imprégnées d'une grande quantité de savon. Au bout de six jours, Pfeuffer conseille de permettre au malade de prendre un bain, ce qui complète le traitement de la « cure de savon. »

Dans quelques affections de la peau moins graves, telles que le pityriasis versicolor, l'herpès tonsurant, etc., dans lesquelles les produits morbides occupent seulement les couches les plus superficielles de l'épiderme, on peut obtenir la guérison en faisant coucher le malade pendant six jours dans des couvertures de laine et en le frictionnant avec du savon de la manière décrite ci-dessus. Mais le psoriasis, même dans ses variétés les plus bénignes, n'est pas une de ces maladies qui puissent ainsi guérir par une « cure de savon » de six jours de durée.

Un autre inconvénient de cette méthode de Pfeuffer, est que sa terminaison dans la période indiquée, est purement nominale. Le patient est dans l'impossibilité de se lever plusieurs jours après, car il ne peut, en général, ni marcher, ni se tenir debout, ni remuer les bras. La peau qui recouvre les articulations dans le sens de la flexion est, en effet, si tendue et si douloureuse, qu'il ne lui est pas possible d'étendre ses membres.

Ces inconvénients qui sont manifestes pour tous ceux qui emploient la cure de savon dans la pratique, m'ont engagé à modifier un peu cette méthode de traitement. Ainsi, dans un cas de psoriasis diffusa inveterata, dans lequel toute la surface du corps est envahie, je fais frictionner avec du savon deux fois par jour, avec une quantité variant suivant l'âge, la taille et la susceptibilité (Vulnerabilität) du malade, mais qui est, en général, d'environ deux à quatre onces (60 à 120 gram.) chaque jour. Chez les jeunes femmes, dont la peau est délicate, et ne contient que peu de pigment, il est nécessaire naturellement d'en employer une plus petite dose que pour des adultes forts et vigoureux, dont l'épiderme est d'une teinte foncée. Il est, toutefois, essentiel de frotter fortement avec le savon chaque plaque isolée du psoriasis, à

l'aide d'un morceau de flanelle ou d'une brosse, jusqu'à ce que les masses accumulées d'épiderme se soient détachées et qu'il se produise un petit suintement sanguin sur la base rouge qui a été ainsi exposée à l'air libre. Pour diminuer la douleur résultant de l'application de ce procédé, il faut avoir soin de diviser le corps en régions. Par exemple, la première fois, il faut frotter énergiquement, jusqu'à ce que le sang paraisse, une certaine partie, le bras et l'avant-bras droits, tandis qu'on pratique des onctions douces sur le reste du corps. La prochaine fois, au contraire, on limitera les frictions les plus énergiques au membre supérieur gauche, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'au bout de six ou huit jours, chaque point de la surface cutanée ait été frictionné de manière à déterminer un léger suintement sanguin. On complète ainsi les frictions durant le laps de temps indiqué selon l'intensité et l'étendue de l'affection, mais il ne faut pas permettre au malade de prendre un bain, ni de cesser de se coucher dans la couverture de laine imprégnée de savon. Il doit y rester encore au moins trois ou quatre jours après qu'on a cessé les frictions, ne le quittant que lorsqu'une abondante desquamation a commencé, de sorte que tout l'épiderme se détache sous forme de grandes lamelles. En outre, jusqu'à ce que cet effet ait lieu, on ne lui permettra pas de prendre un bain, de changer de draps et de linge de corps, ni de s'habiller. Ce n'est, cependant, que dans peu de cas que, même ce mode énergique de traitement atteint le but vers lequel on tend, la cure du psoriasis. Mais l'emploi réitéré de ce même traitement ou associé avec d'autres procédés que je décrirai ci-après, sera néanmoins souvent suivi de succès.

De plus, j'applique fréquemment le savon mou, sans envelopper le malade dans des couvertures de laine. Dans le psoriasis et d'autres affections cutanées, je fais souvent de fortes frictions sur la peau avec cette substance, dans le but de ramollir et d'enlever les masses épidermiques, et de favoriser ainsi l'emploi d'autres remèdes et leur permettre de produire tous leurs effets (1).

Lorsque le psoriasis n'affecte que des régions limitées du corps, telles que les coudes et les genoux, ou est borné à quelque autre partie spéciale, j'emploie, en général, une espèce d'emplâtre en étendant le savon mou, comme un onguent, sur des morceaux de flanelle, et en les appliquant sur les points affectés jusqu'à ce qu'il ramollisse l'épiderme et fasse tomber les masses d'écailles.

(1) C'est dans ce but très-important bien qu'accessoire qu'on emploie, chez nous, la friction préalable au savon noir, dans le traitement expéditif de la gale.

(A. D.)

La variété de psoriasis dans laquelle le savon mou (et notamment le spiritus saponatus kalinus) m'a paru le plus utile est celle qui affecte le cuir chevelu. Je dois, toutefois, mentionner cette particularité remarquable que la maladie est beaucoup moins opiniâtre et cède plus facilement au traitement lorsqu'elle occupe la tête et la face que lorsqu'elle a son siége sur d'autres régions du corps. En réalité, dans des cas de psoriasis limité à la tête, j'ai toujours réussi à guérir la maladie assez rapidement en faisant laver fréquemment la partie affectée avec le spiritus saponatus kalinus, sans faire usage d'aucun autre remède.

Savons médicinaux.—Ces substances préparées, soit par des pharmaciens, soit par des fabricants, peuvent être utilisées avec avantage dans le traitement du psoriasis ainsi que dans celui de plusieurs autres affections de la peau. Un grand argument en faveur de l'emploi du savon comme véhicule tient sans doute à ce que cette substance s'applique avec une extrême facilité ; la potasse (ou la soude) et la graisse que contiennent ces savons médicinaux, bien loin de s'opposer à leur efficacité, la favorisent très-souvent en ramollissant l'épiderme. Au nombre des substances médicinales qu'on a introduites dans ces savons se trouvent : l'iode, l'iodure de potassium, le soufre, l'iodure de soufre, le goudron, le graphite, le benjoin, le sel de Carlsbad. On a également essayé pour en augmenter l'action d'y ajouter de la glycérine, et de donner à quelques-uns une forme liquide.

J'ai fréquemment employé ces savons médicinaux dans toutes les variétés de maladie de la peau. Mais, bien qu'il soit impossible de rien indiquer spécialement comme contre-indication à leur usage, je n'en ai trouvé qu'un très-petit nombre possédant l'efficacité que leurs inventeurs et fabricants réclament pour eux. Les plus importants sont ceux qui contiennent du soufre, de l'iodure de soufre ou du goudron. On recommandera notamment le dernier dans le psoriasis, et par conséquent j'y reviendrai de nouveau dans le paragraphe suivant, quand je mentionnerai le goudron comme remède dans cette maladie ; je donnerai alors les indications nécessaires pour l'emploi du savon de goudron, et la manière de l'appliquer.

Goudron. — Cette substance fut employée dans le traitement des affections de la peau même par Théophraste, Dioscorides et Pline ; mais plus tard, les médecins, à l'imitation de Galien, attribuant toutes les dermatoses à une acrimonia sanguinis, rejetèrent tout traitement local, et le goudron tomba ainsi dans l'oubli.

Cependant, dans l'année 1744, Berkeley, évêque de Cloyne, en Irlande, écrivit un traité sur l'eau de goudron, qu'il conseillait comme

un remède universel, et notamment pour la cure de la phthisie; l'efficacité du goudron sous forme de vapeur fut ensuite célébrée contre diverses maladies internes par bon nombre d'écrivains, y compris, parmi les anglais Ellis Lind, Ramspak, Crichton, Forbes et Thomson; parmi les français Debois et les frères Le Beau; et, chez les Allemands, par Hufeland, Neumann, Pagenstecher, et Wendt. Cependant ce n'est que tout à fait dans ces derniers temps que le goudron a été mis en vogue, et qu'on a pleinement reconnu son action spécifique dans les affections de la peau de l'homme et des animaux inférieurs. En Angleterre, Bateman et Wilkinson; en France, Rayer, Cazenave, Girout, Gauthier, Emmery, Bazin, Serre, Gibert et Devergie; et en Allemagne, Hertwig, Krieg, Otto, Cless, Veiel et moi-même, avons à plusieurs reprises démontré les propriétés remarquables de cet agent dans le traitement d'un bon nombre de dermatoses, et avons aidé à le faire connaître.

On sait que le goudron est une huile empyreumatique, obtenue par la distillation à sec du charbon ou de différentes espèces de bois. On en emploie plusieurs variétés dans le traitement des maladies de la peau. Tels sont l'*oleum empyreumaticum coniferum* (1), tiré du bois de l'épinette blanche du Canada, du sapin argenté ou sapin d'Écosse; l'*oleum fagi*, obtenu par distillation sèche du hêtre; l'*oleum cadinum* (huile de cade), provenant de la distillation du bois de *Juniperus oxycedrus*; et enfin, l'*oleum betulæ* seu *oleum rusci*, qui vient de l'écorce de la *Betula alba.*

Les effets de ces quatre huiles empyreumatiques, et également de celle provenant du charbon (l'*oleum ligni fossilis empyreumaticum*), sont à peu de chose près identiques, et par conséquent dans des pays où l'on pourra les obtenir toutes, la plus employée sera nécessairement celle qui possède le moins des qualités désagréables du goudron. Celles-ci sont notamment son odeur âcre pénétrante, sa coloration foncée, dont il est si difficile de débarrasser la peau, et sa viscosité. Or, en partant de ce point de vue, on doit préférer à toutes les autres espèces de goudron l'*oleum rusci* dont l'odeur est la mieux tolérée; c'est en effet, cette substance qui donne au cuir de Russie ce parfum spécial qui est aujourd'hui si à la mode sous le nom de « *parfum russe* ».

(1) L'expression *pix liquida*, dont on se sert toujours en pharmacologie et autres ouvrages de médecine, est évidemment mal appropriée et inexacte. Car les mots Pech, flüssiges Pech (*pix liquida*), sont employés en allemand pour désigner, non un produit de distillation, mais la masse résineuse qui s'écoule spontanément des pins, et qui s'échappe abondamment quand on y fait des incisions.

Après l'*oleum rusci* il faut placer l'*oleum cadinum;* puis l'*oleum coniferum*, l'*oleum fagi*, et enfin l'*oleum ligni fossilis empyreumaticum*, qui possède une odeur pénétrante des plus désagréables, semblable à celle du gaz de houille.

Ces huiles empyreumatiques sont quelquefois employées seules; d'autres fois on les associe en diverses proportions avec d'autres substances (telles que le savon de soude ou le spiritus saponatus kalinus), représentant dans un cas une masse solide (feste Theerseife), dans un autre un liquide (flüssige Theerseife); avec des corps gras, sous forme de pommades; avec des subtances grasses liquides (telles que les différentes huiles, l'huile de foie de morue ou la glycérine), en liniments; enfin, elles sont parfois tenues en suspension dans l'alcool, constituant des teintures de force variée.

Par la distillation répétée de ces diverses huiles de goudron et notamment de l'oleum cadinum, on a récemment obtenu trois nouveaux produits qui ont été désignés par Pereira sous les noms de résinon, résinéon et résinéin (1).

De ces substances j'ai employé le résinéon pur dans beaucoup de cas de psoriasis. Mes recommandations pour son usage sont de faire frotter en premier lieu les plaques isolées avec du savon mou et de les badigeonner ensuite avec le résinéon. Cet agent a, toutefois, plusieurs inconvénients; il donne lieu à des sensations de brûlure plus intenses et plus prolongées que le goudron, il sèche lentement, et il a une odeur très-pénétrante; il détermine aussi fréquemment une dermatitis par réaction et est sujet à produire de l'acné. Pour ces motifs on préfère en général le goudron au résinéon dans le traitement du psoriasis. Lorsqu'on le prépare sous forme de pommade, il n'occasionne cependant pas autant d'irritation.

J'ai en outre essayé l'acide carbolique dans quelques cas, soit localement, soit comme remède interne; et les expériences que j'ai faites ont été en partie très-heureuses (theilweise sehr gelungen).

Quant aux huiles de goudron elles-mêmes, et aux préparations dans lesquelles elles entrent, j'ai eu occasion de m'en servir dans bon nombre

(1) On prépare ces corps en ajoutant de la potasse à l'une des huiles de goudron (telles que l'oleum cadinum), et en chauffant le mélange dans une cornue. A une température de 158° à 172° Fahr. (70° à 77°,78 c.) il se distille par-dessus le bord une substance incolore qui est le résinon. Quand on porte la chaleur de 172° à 298° Fahr. (77°,78 à 147°,78 c.), il arrive par-dessus dans le récipient une autre matière également incolore, mais qui est beaucoup plus abondante; c'est le résinéon. Enfin lorsque la température s'élève de 298 à 482 Fahr. (147°,78 à 250° c.), on obtient la résinéine. Voyez « Die seit 1830 in die Therapie eingeführten Arzneistoffe, etc. » von Rich. Hagen. Leipzig, 1861, p. 253.

de formes de maladie cutanée, et notamment dans le psoriasis; et mes observations m'ont démontré les avantages et les inconvénients de leur emploi, elles m'ont permis d'apprécier quelle est leur action sur la peau saine ainsi que sur celle qui est malade. Il y a, en effet, à cet égard des points qu'il importe de bien connaître, et sur lesquels on doit porter la plus grande attention, en employant le goudron; car autrement les effets salutaires du remède peuvent être annihilés par certains résultats fâcheux qu'il détermine. Ainsi, bien que les symptômes de réaction occasionnés par l'application des préparations de goudron sur la peau saine ou même altérée soient, dans la grande majorité des cas, très-légers, et puissent même manquer complétement (notamment lorsque le remède n'est appliqué que sur certaines régions du corps), il existe des personnes chez lesquelles elles produisent très-facilement des effets nuisibles. Une seule application d'une préparation quelconque de goudron sur la surface cutanée est, chez ces individus, immédiatement suivie de tuméfaction et de rougeur de la partie, d'élévation de la température, de sensations de tension et de douleur, et même de la formation de vésicules et de bulles. En réalité, on peut ainsi déterminer tous les symptômes d'une dermatitis, ou un Erysipelas vesiculosum s. bullosum, qui, en outre, ne disparaît pas immédiatement (même lorsqu'on enlève promptement le goudron), mais suit la marche habituelle d'une inflammation de la peau. Dans d'autres cas, encore, des applications de goudron sont très-bien supportées pendant un temps considérable, et produisent l'effet désiré; quand tout à coup une réaction se manifeste, et les symptômes ci-dessus décrits de dermatitis apparaissent et s'opposent à l'application ultérieure du remède. Un résultat invariable de l'emploi longtemps continué du goudron est l'inflammation et la tuméfaction des follicules pileux, de manière à former des papules de la grosseur de graines de chènevis, ou même aussi volumineuses que des lentilles, et produire aussi une éruption semblable à une acné, qui se distingue, toutefois, très-facilement de toutes les autres variétés de cette affection en ce que un point noir de goudron analogue, à un comedo, occupe toujours le centre de chaque papule.

Je propose de donner à cette éruption le nom d'acné du goudron (Theeracne). Son apparition, nécessairement, rend la cessation du remède tout à fait indispensable (1).

(1) Il reste à étudier les effets consécutifs de cette irritation, sujet aussi vaste que pratique et qu'on ne peut qu'effleurer dans uue note. Retenons au moins ce fait important que l'irritation qui se manifeste alors opère quelquefois à l'instar des agents de la

On a encore fréquemment et très-justement conseillé le goudron contre les sensations subjectives occasionnées par les maladies de peau, mais son influence à cet égard est sujette à certaines exceptions. Dans la plupart des cas, il arrive qu'une onction avec cette substance atténue ou fait cesser complétement la démangeaison. D'autres fois, cependant, on a observé un effet tout à fait opposé, le prurit devient insupportable; et pourtant il est possible qu'on ne trouve rien dans les symptômes objectifs pour expliquer l'action spéciale du goudron, si différente dans l'un et l'autre cas.

De plus, lorsqu'on frictionne avec du goudron toute la surface cutanée, il survient des symptômes qui démontrent d'une manière incontestable qu'il est absorbé dans le sang, et chassé par les organes excréteurs, notamment par les reins et les intestins. Chez quelques personnes, ces phénomènes se manifestent au bout d'une demi-heure; chez d'autres, seulement après un plus long intervalle, peut-être trois et même six heures après qu'on a pratiqué les frictions. Ils varient dans les différents cas. Parfois le malade vomit un liquide noir; d'autres fois les matières fécales prennent cette teinte; quelquefois (et c'est le plus souvent) l'urine sécrétée, bien que transparente, a une coloration vert-olive foncée, ou même noire comme de l'encre, et exhale une odeur très-prononcée de goudron, qui est encore rendue plus manifeste par l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique. Dans plusieurs circonstances où j'ai employé les onctions de goudron, ce dernier a été aussi retrouvé dans l'urine et dans les évacuations fécales, et c'est là un fait intéressant pour les physiologistes, en ce qu'il prouve que, même lorsque l'épiderme est sain, il est possible que des substances traversent la peau et soient absorbées dans le torrent circulatoire; il est également en opposition avec l'hypothèse que les corps à l'état de vapeur peuvent seuls traverser les tissus cutanés. Un des chimistes de Vienne qui soutient cette proposition a, en effet, établi que l'urine noire est sécrétée, non-seulement par ceux qui ont été réellement frictionnés avec du goudron, mais aussi par ceux qui se trouvent dans leur voisinage, comme, par exemple, par les malades occupant les lits contigus dans une salle d'hôpital. Mais quoique j'aie plusieurs fois cherché à constater ce fait, il m'a été impossible de l'observer. Dans

médication substitutive, et qu'une guérison prompte, vainement demandée jusque-là à d'autres moyens thérapeutiques est quelquefois la conséquence de cette exaspération. C'est au clinicien à discerner les cas dans lesquels il lui est permis de tenter cette action sans s'exposer à la voir dépasser les limites d'un travail phlegmasique salutaire.

(A. D.)

ma *clinique*, ceux-là seulement qui ont été frictionnés avec cette substance ont rendu des matières fécales noires et ayant l'odeur du goudron, et jamais il n'en a été ainsi pour les autres malades et les nourrices qui étaient constamment dans la salle. Ce résultat différentiel tend certainement à prouver que le goudron est absorbé comme tel par la peau et non sous forme gazeuse par les poumons.

L'introduction du goudron dans le sang n'est nullement accompagnée de signes de réaction. Quelquefois le malade a des frissons; d'autres fois il souffre de nausées et de vomissements ainsi que de céphalalgie; d'autres fois encore il survient plusieurs évacuations liquides peu après l'application du remède. Ces symptômes désagréables ne persistent toutefois jamais pendant longtemps, et ils disparaissent tout à fait lorsqu'une diurèse convenable s'est établie. Et il est très-facile de les prévenir en conseillant au malade (soit avant les frictions de goudron, soit après) de prendre de l'eau en abondance, de l'eau sucrée, de l'acide tartrique, ou quelque autre diurétique, de manière à augmenter la sécrétion urinaire. Lorsque le goudron ou ses préparations, au lieu d'être employés en frictions sur tout le corps, sont appliqués seulement sur certaines régions, on n'observe jamais les effets que je viens de décrire.

Avant d'appliquer du goudron ou un de ses composés sur la peau, il est nécessaire de la débarrasser des produits morbides qui existent en plus ou moins grande quantité. En traitant un cas de psoriasis, par exemple, il faut avoir soin de détacher en premier lieu les squames, afin que le goudron soit mis aussi intimement que possible en contact avec les tissus vasculaires du tégument. De là vient que pour obtenir un résultat favorable, il est toujours nécessaire, avant de se servir du goudron, de soumettre le malade à l'un ou l'autre des modes de traitement décrits ci-dessus, qui permettent de ramollir l'épiderme et d'enlever les amas d'écailles. On pourra, par exemple, le laisser dans un bain pendant un temps considérable, le soumettre à la méthode hydrothérapique, ou appliquer sur les parties affectées des pansements à l'eau. On peut ensuite avoir recours à l'une ou l'autre des espèces de goudron ci-dessus mentionnées, la meilleure est l'*Ol. rusci*. Il faut en mettre une *petite quantité* sur une brosse à longues soies, et frictionner énergiquement la peau du malade (1).

(1) Je suis convaincu que ce n'est pas une bonne manière de se servir du goudron, que celle généralement usitée, de l'appliquer en grande quantité, et avec des onctions douces. Le but devrait être évidemment de mettre le remède aussi intimement que possible en

Or, quand sa peau a été ainsi imprégnée de goudron, il ne doit pas remettre ses vêtements ordinaires, surtout si son linge est de coton ou de toile; car la capillarité de ces tissus favorise la pénétration du remède dans leurs mailles et l'enlève ainsi de la surface cutanée. Aussi est-il utile de lui faire porter des étoffes qui n'ont que très-peu le pouvoir d'absorber le goudron. Dans ce but on prépare d'avance une jaquette et un pantalon de laine de brebis, et il doit s'en servir dès qu'on a commencé les onctions goudronnées. Il est encore possible d'adopter une autre méthode, dans le cas où la personne est délicate, et étendre sur le lit ordinaire du malade un drap de flanelle fait exprès. Le patient doit se coucher là-dessus dans un état de nudité absolue, après avoir été préalablement enduit de goudron. On l'enveloppe alors dans la couverture de laine, ou, si on le préfère, on étend sur lui une couverture toute pareille, de manière qu'il soit complétement plié dans des couvertures de laine.

Ainsi habillé ou enveloppé, il faut avoir soin de laisser le malade jusqu'à ce que le goudron se soit complétement desséché sur sa peau, ce qui a lieu dans l'espace de deux à six heures, selon la préparation dont on a fait usage. Lorsque ce résultat est obtenu, on lui permet de reprendre son linge et ses vêtements ordinaires, et il n'est pas nécessaire de le retenir plus longtemps au lit ou même dans sa chambre. On doit adopter le même système lorsque, au lieu de goudron pur, on s'est servi d'une pommade, de savon ou d'une solution alcoolique ; mais, comme je l'ai déjà dit, la période durant laquelle le malade reste enveloppé dans des couvertures de laine varie suivant que la substance employée se dessèche plus ou moins rapidement.

On renouvellera ce pansement une ou deux fois chaque jour selon l'intensité du cas et le degré de tolérance de la peau. Les mêmes moyens auxquels on a eu recours avant les premières frictions pourront être employés de nouveau avec avantage avant chaque nouvelle application du remède, afin d'enlever les anciennes couches et de faciliter ainsi la pénétration dans la peau d'une nouvelle quantité de goudron.

Les changements indiquant qu'une préparation de goudron exerce une influence salutaire sur les parties affectées du tégument consistent en ce que les plaques rouges commencent à pâlir et en ce que la reproduction des écailles a lieu moins rapidement et que, après quelque temps, elle cesse tout à fait. Il y a, en effet, une diminution

contact avec la peau : et l'on y parvient nécessairement bien mieux à l'aide d'une friction énergique qu'en étendant une couche épaisse de goudron sur la surface tégumentaire.

graduelle de tous les symptômes morbides. Lorsque les parties malades (dans le psoriasis, les plaques) ont perdu leur coloration rouge brillante et acquis une teinte rouge brunâtre ou rouge jaunâtre, et lorsque la sécrétion pathologique des squames a complétement cessé, c'est le moment d'essayer l'effet de la suspension des applications de goudron. Et puis, si au bout d'une ou deux semaines aucune rougeur nouvelle n'est survenue, s'il ne s'est pas formé d'autres écailles, si les anciennes plaques continuent de pâlir et si leur surface reste unie et dépouillée de squames, on pourra cesser complétement le traitement, et attendre avec confiance le retour de la peau à un état tout à fait normal par l'absorption des dépôts pigmentaires.

Solution de sulfure de calcium (Kalkschwefelleber-Lösung). — Cette application fut primitivement conseillée par Vlemingkx, officier d'état-major dans le service médical de l'armée belge, pour la cure de la gale, et l'expérience a démontré qu'elle possédait une véritable valeur. Je l'ai essayée également dans plusieurs autres affections cutanées, entre autres dans le psoriasis, et elle m'a paru très-efficace. Un chimiste viennois, le professeur Schneider, a changé son mode de préparation ; et, depuis quelques années, celle que j'emploie dans l'hôpital général est faite d'après sa formule, qui est la suivante : ℞ Chaux vive, 500 gram., soufre citrin, 1000 gram. Faites bouillir dans 10 kilogr. d'eau de fontaine, jusqu'à réduction à 6 kilogr. Laissez refroidir et filtrez.

Ce procédé donne un liquide jaune-orange foncé, légèrement caustique, qui sent fortement l'hydrothion. Il faut employer ce remède immédiatement avant de donner un bain au malade et la meilleure manière de s'en servir est la suivante : on trempe un morceau de flanelle ou de pierre ponce dans le liquide, et l'on frotte ensuite chaque plaque psoriasique jusqu'à ce qu'il se produise un léger suintement sanguin. On applique la solution encore une fois sur la tache et on l'y laisse se dessécher. Après cela, le malade prend un bain chaud dans lequel il reste une heure. Au bout de ce temps on le lave avec de l'eau pure froide ou chaude, et l'on pratique alors une onction avec de l'huile ou de la graisse ordinaire ou avec l'une ou l'autre des pommades (indiquées ci-après) qui sont compatibles avec la solution sulfurée. C'est un point essentiel, car même en lavant avec le plus de soin possible on ne peut pas enlever entièrement le soufre de la surface de la peau.

Ce traitement est si douloureux qu'il est impossible de l'employer en même temps sur une grande étendue du tégument. Il faut donc atta-

quer séparément les points affectés ; ce qui est d'autant plus praticable, qu'une seule application de la solution de sulfure de calcium sur une plaque de psoriasis, si elle est faite convenablement, suffit pour la faire disparaître tout à fait.

Toutefois si l'on préfère une méthode moins douloureuse (mais en même temps moins efficace), on pratique la friction avec la même solution, mais en s'en servant avec moins de force chaque fois ; dans ce cas il sera nécessaire de l'appliquer plus souvent, ou sur une plus grande partie de la peau.

Un effet de l'emploi énergique de cette solution, c'est que des croûtes noires formées de sang desséché surviennent à la place de ces plaques qui avaient été frottées jusqu'à ce qu'il se produisît un léger suintement sanguin. Sur d'autres points où la peau avait été excoriée, il peut survenir une légère suppuration. Il en résulte également la production de croûtes, mais celles-ci ont une couleur brune. Le nouvel épiderme qui se développe au-dessous d'elles est toujours sain.

Les frictions avec la solution Vlemingkx doivent être faites plus légèrement sur la peau des coudes et des genoux, ainsi que sur celle des autres articulations, de peur que la tension et la douleur qu'elles occasionnent n'entravent inutilement les mouvements des membres. Cette méthode s'applique donc principalement aux cas dans lesquels le psoriasis occupe le tronc, les cuisses et les mollets ; et en général toutes les fois que le siége de la maladie et son intensité sont tels qu'ils réclament une médication énergique.

La fréquence avec laquelle on doit répéter l'application de cette solution varie selon le degré de force employée et la gravité de l'affection. Si l'on adopte la méthode la moins énergique, on reviendra au sulfure de calcium chaque jour, et l'on fera suivre chaque fois cette opération d'un bain chaud. Mais si l'on juge nécessaire de frictionner avec force pour faire saigner les plaques du psoriasis, il faut entre chaque application un temps suffisant pour la disparition des effets produits par l'action caustique du liquide, ou, en d'autres termes pour l'élimination des croûtes noires ou brunes qui résultent de son emploi. Pour cela, en règle générale, il suffit d'une semaine.

Outre les moyens thérapeutiques que j'ai décrits ci-dessus, adaptés à des cas de psoriasis étendu, j'ai encore à indiquer certains remèdes qui sont souvent employés concurremment avec d'autres applications, ou, enfin, après d'autres modes de traitement, dans le but de faire disparaître les dernières traces des plaques. Parmi ceux-ci sont

le précipité blanc, le nitrate acide de mercure, le proto-iodure et le deuto-iodure de mercure, et la naphtaline.

Les trois premières de ces préparations (le précipité blanc, le nitrate acide, et le proto-iodure de mercure) sont particulièrement employées dans des cas de psoriasis du cuir chevelu et de la face, leur valeur dans ces formes locales de la maladie étant due en partie en ce qu'elles possèdent une action irritante moins prononcée, et (en ce qui concerne l'une d'elles) en partie à l'absence de couleur. On les prescrit sous forme de pommade de la force d'un drachme (1gr,77) sur une once (30 gram.) d'*Ung. simplex* (1). On frotte énergiquement avec une de ces préparations et à l'aide du doigt plusieurs fois chaque jour les parties affectées, qu'il faut avoir soin de laver préalablement afin d'enlever les masses d'écailles ; mais quand la chose est possible, il est encore préférable d'étendre l'onguent sur de la toile et de l'appliquer sur les plaques. Même lorsqu'on emploie ainsi cette pommade, notamment si le cuir chevelu est le siége de la maladie, on hâtera considérablement la guérison en nettoyant la tête avec du savon mou ou le spiritus saponatus kalinus. L'utilité de cette précaution pourrait, d'ailleurs, être facilement déduite de ce que j'ai déjà dit.

Le deuto-iodure de mercure, d'autre part, est une substance beaucoup plus irritante, surtout lorsque, ayant été préparée d'avance, on en fait une pommade dans la proportion de dix à vingt grains (0,50 centigr. à 1 gram.) pour une once d'axonge. Sous la forme indiquée par Rochard de Paris, ses effets sont, cependant, moins violents. Le sel se prépare alors au moment même en faisant fondre ensemble de l'iode et du calomel, voici la formule de Rochard : ℞ Iode pur, 35 centigr.; calomel, 1 gram. 25 cent. Faites fondre à un feu doux et ajoutez à 60 gram. de pommade ordinaire. Un inconvénient de cette préparation est que quelquefois il se forme seulement un proto-iodure, la pommade a alors une teinte jaune, tandis que d'autres fois le deuto-iodure est produit, de sorte que l'onguent est rougeâtre. Cette diffé-

(1) Le nitrate acide de mercure n'est pas employé uniquement sous forme de pommade. C'est une pratique familière à M. Diday que de badigeonner les plaques brunes de la face notamment, celles particulièrement désagréables qui siégent sur le front à la naissance des cheveux, avec un pinceau mouillé de nitrate acide de mercure. Le praticien lyonnais recommande, après avoir mouillé le pinceau, de bien l'exprimer sur le bord du flacon, afin de pouvoir l'appuyer sur les plaques sans s'exposer à ce que le liquide coule sur les parties saines voisines. Une ou deux minutes au plus après le badigeonnage, il faut absterger la partie avec une boulette de charpie mouillée d'eau froide.

La cautérisation, ainsi atténuée, ne donne lieu qu'à une très-faible réaction inflammatoire, et la disparition de la plaque s'obtient en une semaine. (A. D.)

rence ébranle nécessairement la confiance du malade, et, par conséquent pour éviter ce résultat, j'emploie au lieu de l'*Ung. simplex* l'*Ung. rosatum*, qui est rouge (1).

L'application de la pommade au deuto-iodure sous la forme recommandée par Rochard doit être faite avec plus de précaution que pour les autres préparations dont je viens de parler. On peut s'en servir comme d'un auxiliaire dans des cas que l'on traite en même temps à l'aide de bains ou par la cure d'eau, avec du savon mou ou avec la solution de sulfure de calcium ; ou bien encore on peut l'employer seul indépendamment de tous autres remèdes. Dans ce dernier cas, on l'applique sur les plaques une ou deux fois chaque jour, pendant plusieurs jours consécutifs, jusqu'à ce qu'il se produise des excoriations, ou qu'il survienne une tuméfaction considérable, quelquefois même accompagnée de la formation de bulles. Une autre manière de s'en servir, comme les pommades indiquées ci-dessus, c'est de l'étendre sur de petits plumasseaux de charpie, ayant exactement la même grandeur que les plaques de psoriasis, et de continuer à les appliquer jusqu'à ce que les symptômes inflammatoires dont je viens de parler se manifestent.

Naphtaline. — Cette substance qu'on a récemment introduite dans la pratique médicale, est employée sous forme d'une pommade contenant un drachme (1gr,77) de naphtaline sur une once (30 gram.) d'axonge. Suivant les affirmations élogieuses de ceux qui l'ont inventée, on a reconnu qu'elle pouvait être utile dans des cas légers de psoriasis. Je ne puis dire personnellement que très-peu de chose quant à sa valeur; car jusqu'à présent je n'y ai eu recours que chez un trop petit nombre de malades pour être à même d'exprimer une opinion définitive en ce qui la concerne. Il est certainement à désirer qu'on découvre une préparation capable d'offrir au praticien les avantages du goudron, sans la couleur noire et l'odeur désagréable de cette substance.

J'ai actuellement décrit, dans un ordre régulier, les différents remèdes et les divers modes de traitement employés dans le psoriasis (2).

(1) N'est-ce pas dans le même but que certains spécialistes ordonnent aux blennorrhéiques réfractaires une injection colorée d'encre, tous les soirs, afin que, au réveil, ils ne voient pas la goutte *blanche* dont l'aspect les désole ? Mais ce dont il s'agit réellement ce n'est pas de l'aspect de l'agent, mais de la réalité de l'effet thérapeutique à obtenir. Or, le proto-iodure, même artificiellement rougi, est loin de posséder les propriétés du bi-iodure. (A. D.)

(2) A tous ces moyens on peut encore ajouter l'emploi de la *toile caoutchouquée* qui depuis quelque temps a été conseillé par M. le professeur Hardy. Ce n'est du reste pas un agent curatif du psoriasis, mais dans bon nombre de cas il peut être utile et rendre au praticien de réels services. En raison de son imperméabilité le caoutchouc

Mais je ne dois pas oublier de dire que pour guérir la maladie il est souvent nécessaire d'avoir recours à plus d'un remède et à des méthodes variées dans la plupart des cas. Quelquefois, par exemple, on a combiné le traitement à l'eau froide avec l'emploi du goudron, le patient étant en premier lieu « emmaillotté », puis recevant la douche froide, et ensuite frotté avec une pommade, du savon ou de la teinture de goudron. Dans d'autres circonstances, si le malade, pour une raison quelconque, s'oppose à l'application de cette substance, on peut la remplacer par la pommade de Rochard ou par une autre contenant du précipité blanc ou de la naphthaline. Dans une troisième série de cas, il pourra paraître désirable de commencer par l'emploi du savon mou, et lorsque, par ce moyen, on a ramolli et détaché l'épiderme, on a recours à ces remèdes (tels que les préparations de goudron ou les pommades ci-dessus mentionnées) que l'expérience a indiqués comme les plus propres à guérir rapidement le psoriasis. Mais la méthode la plus prompte pour faire disparaître cette affection est de se servir de la solution de sulfure de calcium, en en frictionnant énergiquement la peau avant de donner un bain chaud au malade, et en appliquant, après le bain, l'onguent de Rochard ou quelque préparation de goudron.

Il est naturellement bien entendu que, soit dans le but de satisfaire le malade, soit à cause de nos convictions personnelles sur la valeur de ces méthodes, on peut combiner l'administration de remèdes internes avec l'un ou l'autre de ces modes locaux de traitement. Ainsi, quelles que soient les applications externes dont on se serve, on peut

empêche absolument l'évaporation des sécrétions, qui se trouvent accumulées entre la peau et la toile ; l'épiderme est ainsi ramolli, macéré, et les squames soulevées par l'abondante transpiration qui se produit se détachent au bout de très-peu de temps. Quand on enlève le caoutchouc, le tégument est parfaitement nettoyé et débarrassé des débris épidermiques, il est parfois seulement un peu rouge, humide et brillant. Dès que la partie recouverte commence à être baignée par la transpiration, les phénomènes objectifs qu'on observe quelquefois, tels que la tension et la démangeaison, cessent très-rapidement surtout dans les régions où il se produit habituellement des rhagades et des fissures.

La toile caoutchouquée est d'une application très-commode et très-simple, on peut l'adapter à toutes les parties du corps bien plus facilement que les autres agents thérapeutiques analogues : on en fait des calottes, des gants, des chaussons, etc., ou le plus souvent des compresses qu'on applique à l'aide d'une bande roulée. Enfin à tous les avantages que nous avons énumérés elle joint encore celui d'être économique ; aussi est-il permis de considérer cette méthode comme appelée à rendre de grands services dans la cure des affections cutanées et constitue-t-elle une acquisition précieuse pour la thérapeutique dermatologique. D'ailleurs, quoique dans le psoriasis elle soit par elle-même insuffisante, elle ne met point obstacle à l'usage des autres agents médicamenteux, tels que pommades, bains, remèdes internes, etc. En deux mots, c'est un palliatif expéditif et peu coûteux, applicable à toutes les régions, comme à tous les cas, qui n'empêche l'emploi d'aucun autre remède et permet d'en attendre plus patiemment l'effet. (A. D.)

en même temps donner la solution de Fowler, ou les pilules asiatiques, ou quelque autre préparation arsenicale, ou même n'importe lequel des nombreux médicaments que j'ai déjà énumérés.

Toutefois, en prescrivant l'un quelconque de ces remèdes, il est toujours nécesaire de prendre en considération l'âge et le sexe du malade, et de tenir compte des dispositions de la peau spéciales à l'individu. Dans tous les cas aussi, on doit s'attacher à employer d'abord des applications n'ayant pas de propriétés très-irritantes, réservant pour une période ultérieure celles dont l'action est plus franchement caustique. Il faut également avoir égard aux conditions dans lesquelles le malade vit; car toutes les personnes atteintes de psoriasis ne peuvent pas consacrer tout leur temps à la guérison de la maladie. La plupart sont obligées de gagner leur vie par leur propre travail, ce qui réclame souvent tout leur temps et toute leur activité. Dans ces circonstances, il arrive, en général, qu'un traitement, bien que très-rationnel, ne réussit pas à guérir la dermatose. Si donc on peut disposer la médication de manière à n'entraver que médiocrement les occupations ordinaires du malade, en atteignant néanmoins (quoique plus lentement) le résultat désiré, on recevra à coup sûr ses remercîments. C'est précisément dans ces cas que l'habileté consiste à combiner nos remèdes et nos applications de manière à s'adapter aux circonstances. Par exemple, j'ai eu quelquefois des malades qui, le jour, s'occupaient de leurs affaires, de sorte qu'ils ne pouvaient disposer que de la nuit pour le traitement de leur psoriasis par l'une des méthodes que j'ai décrites ci-dessus. J'ai alors ordonné des « emmaillottements » et des frictions avec l'eau froide, et des onctions avec du goudron ou avec la solution de Vlemingkx, le soir, lorsque le travail de la journée était terminé. D'autres malades encore, affectés de cette éruption, ont pu consacrer une heure ou deux tous les matins et tous les soirs à la cure du psoriasis, et j'ai profité de ce court espace de temps pour appliquer l'une ou l'autre des pommades irritantes, telles que l'*Ung. hydr. deuto-iodid.* (*Ung. Rochardi*) (1).

(1) Il est sans doute inutile de faire ressortir la haute valeur des derniers paragraphes qu'on vient de lire. Quel lecteur n'aura pas été frappé, à propos de la thérapeutique du psoriasis, par la précision en même temps que par l'abondance des prescriptions tombées de la plume du professeur Hebra? Il y a là une richesse de détails pratiques qui semble vouloir lutter avec les difficultés du but à remplir; et certes, pour beaucoup de nos confrères, c'est une conquête en même temps qu'une révélation que le traitement local du psoriasis ainsi compris et ainsi expliqué. A peine parmi ces formules variées pourrions-nous signaler une seule lacune, l'omission de l'association du protoiodure de mercure au goudron, préparation si efficace et si populaire chez nous.

En même temps que nous louons le profond savoir du professeur Hebra en matière de formules médicatrices, rendons aussi justice à sa consciencieuse impartialité, qui ne lui a pas permis d'attacher à ses sages conseils, même suivis aussi exactement que pos-



CHAPITRE XVII

LICHEN.

Le sens attaché au mot *lichen* (λείχω, *lambere*) par les anciens, et notamment par Hippocrate, Celse, Galien et les médecins arabes, ne répond nullement à l'idée que Willan s'en était faite. Parmi les cinq espèces de lichen décrites par cet auteur, il y a deux variétés d'eczéma (*L. agrius* et *L. tropicus*), une affection aiguë de la peau (*L. simplex*), et deux maladies différant essentiellement, quant à leur nature, des autres (*L. pilaris* et *L. lividus*) ; mais il n'en est pas une seule à laquelle la définition d'Hippocrate soit applicable, « λειχὴν, *est summæ cutis vitium ut* ψώρα *et* λέπρα *cum asperitate et levi pruritu* » (1). Cette définition courte et précise a, cependant, été altérée de diverses manières par les médecins romains et arabes, ainsi que par ceux du moyen âge ; et l'on a confondu la maladie avec l'impétigo et le sycosis, et même avec la gale et la lèpre. La confusion des termes ainsi produite, on la retrouve partout, et au lieu d'être élucidée, elle est plutôt accrue par la description que donne Willan. Cet auteur, comme tout le monde le sait, plaça le lichen au nombre des affections papuleuses de la peau, avec le prurigo et le strophulus ; mais il n'a pas constamment donné de caractères fixes en rapport avec l'emploi de ce mot. Dans son ouvrage, des affections des glandes sébacées, des extravasations guttiformes (tropfenförmig) sous l'épiderme, des maladies consistant en une tuméfaction des orifices des follicules pileux, sont toutes des formes de lichen, si seulement elles présentent le trait caractéristique ordinaire

sible, plus d'importance qu'ils n'en méritent réellement. C'est une œuvre de bonne foi de confesser ainsi le défaut complet de certitude des médications les plus préconisées contre cette terrible affection.

Un enseignement dogmatique ressort cependant de cette confession ; et, si nous demandons à l'illustre dermatologue la permission de l'énoncer, ce n'est pas sans nous étonner quelque peu qu'il ne nous en ait point épargné la peine. En présence de lésions cutanées dont la cause nous échappe, dont les récidives chez un sujet durent autant que la vie, qu'aucune modification par l'hygiène ou la pharmacie ne peut se flatter d'empêcher, comment éviter de se demander s'il n'y a pas là réunis tous les traits qui défendent de songer à une altération accidentelle ou locale, s'il n'y a pas là tous les caractères d'une affection *totius substantiæ ?* Et dès lors comment ne pas trouver un peu sommaire le jugement désapprobatif que porte le professeur Hebra sur ceux qui voient la cause du psoriasis dans une dyscrasie? (A. D.)

(1) Cullen donne une définition à peu près semblable à celle d'Hippocrate : « *Summæ cutis asperitas cum multa prurigine, squamis et furfuribus* ».

d'être accompagnées de la formation de papules. Il est vrai, bon nombre de maladies différant essentiellement par leur nature, ainsi que par leur marche, sont considérées comme des espèces d'un seul et même genre.

Un tel arrangement ne peut certainement pas contribuer à une connaissance exacte de la forme ou de la vraie nature de ces affections, et, par conséquent, je suis d'avis que le sens attaché au mot lichen devrait être celui qui lui fut primitivement attribué par Hippocrate et Galien, sens qui a, même dans les temps modernes, été conservé par Manardus, Lorry et Plenck, et selon lequel ce mot est limité aux affections cutanées qui ne sont pas simplement accompagnées de la formation de papules, mais qui sont aussi caractérisées parce qu'elles ont leur origine dans un processus morbide défini, et ne subissent aucune métamorphose pendant toute leur durée. De cette manière on fait correspondre le nom à un type fixe de maladie (ein stetiges Kranksein repräsentiren).

Or, l'observation au lit du malade nous révèle deux affections présentant ces caractères. L'une d'elles appartient à la première période de la vie, et est susceptible de guérison; et comme elle coexiste constamment avec des tuméfactions glandulaires, des caries, des inflammations périostiques, le lupus, la tuberculose, et d'autres manifestations de la diathèse scrofuleuse, je la désigne sous le nom de *Lichen scrofulosorum.* L'autre est une maladie spéciale qui, dans son aspect extérieur, ressemble en quelque sorte au psoriasis, mais qu'il est possible d'en distinguer très-exactement par plusieurs caractères différentiels. Comme cette affection est accompagnée de la formation de papules rouges à un degré très-marqué, je l'appelle *Lichen ruber.*

I. — Lichen scrofulosorum.

Le symptôme caractéristique de cette maladie est une éruption de papules miliaires, qui peuvent être d'un jaune pâle, d'un rouge brunâtre ou de la même couleur que le reste de la peau. Elles ne renferment aucun liquide. Elles sont toujours disposées en groupe, et quelquefois forment des cercles ou des segments de cercles au dedans desquels on peut voir accidentellement quelques taches pigmentaires indiquant le siége de papules antérieures et toujours recouvertes de quelques minces squames. Les papules du *Lichen scrofulosorum* ne déter-

minent qu'une démangeaison insignifiante, et par conséquent étant peu grattées, elles ne présentent pas d'excoriations ni de petites croûtes noires de sang desséché. Elles restent longtemps sans subir d'altérations et ne sont sujettes à aucune métamorphose en dehors de leur évolution, qui comprend un changement de l'épiderme.

Cette affection est le plus souvent limitée au tronc, occupant l'abdomen, la poitrine ou le dos. Il est très-rare de l'observer sur les membres (1).

La marche du *Lichen scrofulosorum* est particulièrement lente. Tous les groupes de papules, ou du moins un grand nombre d'entre eux, surviennent en même temps et atteignent promptement leur complet développement; mais ils restent ensuite longtemps dans cet état sans aucune modification. Ainsi que je l'ai déjà dit, ils ne donnent lieu à aucune démangeaison ou autre sensation désagréable, et n'ont nulle tendance à se transformer en vésicules ou en pustules. Aussi leur existence passe-t-elle ordinairement inaperçue, échappant entièrement à l'observation jusqu'au moment où les groupes de papules se sont développés en grand nombre, ou jusqu'à ce que l'affection ait atteint un degré d'intensité tellement considérable, qu'il se manifeste d'autres phénomènes morbides. Ces derniers consistent dans la formation de tubercules d'un rouge bleuâtre, plus ou moins foncés, aussi gros que des lentilles et tout à fait distincts les uns des autres. Ils surviennent dans les espaces compris entre les groupes de papules, ainsi que sur des régions telles que les membres et la face, où l'on n'avait constaté la présence d'aucunes papules lichénoïdes. Ces tubercules ressemblent à ceux de l acné et subissent exactement les mêmes modifications que dans cette affection. Dans un certain nombre d'entre eux, il se forme un liquide purulent qui se dessèche ensuite ou est rejeté, lorsque les tubercules eux-mêmes disparaissent; il en est d'autres qui ne suppurent pas, mais diminuent graduellement. Dans l'un et l'autre cas, ils laissent après eux des macules discoïdes, d'une pigmentation très-foncée du volume d'une lentille, qui sont suivies d'une nouvelle éruption sur d'autres points. L'épiderme compris entre les tubercules se détache souvent sous forme de petites écailles semblables à du son,

(1) Voyez l' « Atlas der Hautkrankheiten » d'Hebra, 3e livraison, planche 3. Comme les auteurs anglais paraissent en général ne pouvoir identifier le *Lichen scrofulosorum* avec une maladie quelconque qu'ils aient observée, je crois convenable de dire que quelques cas que je vis dans la *clinique* du professeur Hebra à Vienne auraient été considérés ici comme des exemples de *Lichen circumscriptus*.

(*Note du traducteur anglais.*)

présentant un éclat graisseux, aussi la peau a-t-elle en général dans ces circonstances un aspect cachectique spécial.

La tendance naturelle de l'affection est la répétition successive des changements que je viens de décrire, de sorte qu'elle continue pendant plusieurs années sans interruption, si les conditions qui lui ont primitivement donné naissance persistent encore.

Il est toutefois un fait digne de remarque, c'est que la grande majorité (environ 90 pour 100) des malades affectés de cette forme de lichen sont des individus chez lesquels les glandes lymphatiques (notamment celles des régions submaxillaires, cervicales et axillaires) sont très-engorgées, ou qui sont atteints de périostite, de carie, de nécrose, avec ou sans plaies scrofuleuses, ou chez lesquels on peut soupçonner une maladie des glandes mésentériques; individus en général mal nourris, d'apparence cachectique et à l'abdomen volumineux. Puisque toutes ces conditions appartiennent à l'état général connu sous le nom de scrofulose, je suis autorisé à désigner sous le nom de *Lichen scrofulosorum* la maladie cutanée que je décris actuellement.

Il pourra peut-être venir à la pensée d'un certain nombre de mes lecteurs de demander quel est l'état des poumons chez les malades affectés de cette forme de lichen. Ma réponse à cette question est que dans aucun des cas (dont le nombre dépasse cinquante) que j'ai observés il n'y avait aucun symptôme indiquant une affection tuberculeuse de ces organes; et comme tous les malades atteints de *Lichen scrofulosorum* qui ont été confiés à mes soins ont guéri, je n'ai pas eu l'occasion de faire d'autopsie et d'examiner les poumons. Si je fais cette observation, c'est que quelques personnes peuvent supposer que la maladie que j'ai appelée *Lichen scrofulosorum* n'est que le *Pityriasis tabescentium, scrofulosorum, phthisicorum*. Il n'en est toutefois rien. Cette dernière affection est une de celles dont je vois chaque année de nombreux exemples chez les individus phthisiques, scrofuleux, ou émaciés par une maladie chronique; et je suis convaincu que le *Lichen scrofulosorum* possède des caractères particuliers qui diffèrent de ceux de cette forme de pityriasis. Il est même possible que ces deux affections soient dues à une sécrétion excessive de sebum, ou à un développement morbide de l'épiderme et à sa saturation par la matière sébacée. Mais lors même qu'il n'en serait pas ainsi, il y a encore cette distinction à retenir, c'est que, dans le *Lichen scrofulorosum*, cet état est limité à certains points, sur lesquels se développent des papules, disposées en groupes; tandis que

dans le *Pityriasis tabescentium* il est plus généralement répandu et affecte la surface entière de la peau.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de cette maladie n'offre aucune difficulté lorsqu'on la considère comme une affection *sui generis*, et lorsqu'on fait attention à ses caractères particuliers. En premier lieu, elle diffère essentiellement par la couleur, la disposition, le siége et la durée des papules du *Lichen ruber* que je décrirai ci-après ; d'ailleurs, les deux affections surviennent chez des malades dont la constitution est différente. En second lieu, on la distingue de la première forme papuleuse de l'eczéma (*Eczema papulosum*, *Lichen eczématodes*) par la coloration et le volume des papules, par la présence de squames, et surtout par l'absence de la démangeaison violente existant dans cette dernière dermatose, et qui oblige le malade à se gratter et donne en conséquence lieu à des excoriations. Dans le *Lichen scrofulosorum*, au contraire, on ne voit aucune égratignure. Troisièmement, elle diffère de l'affection syphilitique qui se présente sous la forme de petites papules (Syphilis cutanea papulosa miliformis, Syphilopsydrax acutus de Fuchs) en ce qu'elle est limitée à certaines régions particulières du corps, et en ce que ses papules ne deviennent jamais pustuleuses. En outre, elle ne s'accompagne d'aucun autre phénomène morbide, à l'exception, cependant, des tubercules que j'ai déjà décrits; tandis que plusieurs variétés d'éruption, outre les papules, apparaissent toujours dans le cours de la syphilis. Enfin les seules lésions concomitantes de cette forme de lichen sont celles de la scrofulose ; tandis que la syphilide papuleuse, étant simplement l'un des symptômes d'une syphilis constitutionnelle, coexistera toujours avec d'autres manifestations de cette maladie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Chaque papule est située à l'orifice d'un follicule pileux, et forme une élevure consistant en une masse d'épiderme, que l'on peut détacher complétement, sans donner lieu à aucun suintement sanguin. Les cellules épidermiques qui constituent ces petites élevures ne diffèrent morphologiquement en rien de celles de la couche cornée normale de l'épiderme, ou tout au plus elles présentent simplement un plus grand nombre de corpuscules graisseux, lorsqu'on les traite avec un peu de potasse caustique. Après l'enlèvement de

la masse épidermique semi-globulaire qui constitue la papule, on aperçoit à l'œil nu l'orifice du follicule pileux. La peau adjacente est légèrement rouge et élevée.

ÉTIOLOGIE.

Par cela même que cette affection cutanée, non décrite jusqu'à présent, existe presque exclusivement chez des personnes d'une constitution scrofuleuse, il est évident que la scrofulose en est la cause, ainsi que celle des maladies affectant les glandes, les os et la peau, et des autres altérations qu'on a jusqu'à présent reconnues comme les effets de cette affection constitutionnelle.

Jusqu'à ce jour je n'ai rencontré le *Lichen scrofulosorum* que chez les hommes, entre l'âge de quinze et vingt-cinq ans. Quelques-uns de ces malades présentaient un mauvais état de santé, étaient maigres et d'aspect cachectique; d'autres, cependant, paraissaient être dans d'excellentes conditions et étaient bien nourris. Je n'ai pas trouvé de raison pour supposer qu'une saison quelconque de l'année influe sur l'apparition de cette maladie ou qu'une occupation quelconque soit favorable à son développement.

PRONOSTIC.

D'après mon expérience du *Lichen scrofulosorum*, il est toujours permis de porter un pronostic favorable, si l'on peut placer le malade dans des conditions qui n'augmentent pas l'affection constitutionnelle, cause réelle de l'éruption. J'ai constamment réussi à guérir cette forme de lichen, et je n'ai jamais observé de récidive. Même lorsqu'il existait une altération scrofuleuse des os, accompagnée de plaies d'une grande étendue, je suis parvenu à faire disparaître la lésion cutanée, même avant la guérison de la maladie constitutionnelle elle-même.

L'observation démontre donc que cette éruption est exempte de danger et parfaitement curable. Mais j'ai trouvé que lorsqu'on l'abandonne à elle-même, elle reste stationnaire pendant plusieurs années, bien qu'elle n'entrave en rien le jeu régulier des fonctions de la peau et des autres organes. Peut-elle disparaître spontanément? il m'est impossible de l'affirmer d'une manière positive (1). Mais il est certain que cette

(1) On l'affirmerait avec assurance, s'il fallait ajouter une foi absolue à cet apophthegme de l'ancienne école de Montpellier, tel que nous le répétait dans ses aimables causeries l'un des représentants les plus brillants de cette école, notre cher confrère A. Colrat : « Il n'y a de curables par l'art que les maladies que la nature guérit quelquefois. » (A. D.)

terminaison demanderait un temps considérable, car j'ai vu des cas qui avaient duré plus de cinq ans être guéris en quelques mois par des remèdes appropriés.

TRAITEMENT.

Dans une maladie de la peau occasionnée par la scrofulose, il est naturel d'administrer de l'huile de foie de morue, le plus énergique des antiscrofuleux que la médecine possède. J'ai, en effet, constamment donné ce remède, et avec le plus grand succès. Dans un but d'expérimentation, cependant, j'ai varié son mode d'emploi, l'administrant quelquefois à l'intérieur, d'autres fois l'appliquant extérieurement, et dans une troisième catégorie de cas, le prescrivant simultanément à l'extérieur et à l'intérieur.

Le résultat de ces observations a été de démontrer que la cure de la maladie demande beaucoup plus de temps lorsqu'on donne l'« ol. morrhuæ » seulement à l'intérieur, que lorsqu'on l'applique simplement d'une manière locale, et que le mode le plus expéditif est de combiner l'administration externe avec l'usage interne du remède.

Comme médicament interne, j'ai l'habitude de prescrire l'« ol. jecoris aselli fuscum clarum Norvegicum », à la dose d'une demi-once à deux onces (de 15 à 30 gram.). Il est complétement inutile d'en administrer de plus grandes quantités, comme le recommandent les auteurs français ; car, d'après mon expérience, si la dose journalière dépasse deux onces (60 gram.), l'huile n'est pas assimilée et on la retrouve sans changement dans les évacuations. D'autre part, si l'on donne à un adulte une dose inférieure à une demi-once (15 gram.), on n'obtient pas l'effet complet du remède. Je conseille au malade de prendre le médicament avant ses repas, et sans aucun *corrigens*, en ayant soin de diviser la quantité journalière ci-dessus mentionnée en deux doses, l'une pour le matin et l'autre pour le soir.

En appliquant l'huile de foie de morue localement, le point le plus essentiel est de faire attention à ce qu'elle soit en contact continuel avec la peau. Or, il est impossible d'y parvenir si l'on se borne à frotter avec une certaine quantité d'ol. morrhuæ le corps du patient et si on lui permet ensuite de reprendre ses vêtements et son linge ordinaires. Il est tout à fait indispensable qu'il porte immédiatement sur la peau une étoffe ayant peu de capillarité, de sorte que l'huile puisse être difficilement absorbée. Les vêtements les plus convenables sont donc ceux faits de laine et notamment de flanelle. Si l'on pense qu'il soit utile que le malade reste au lit pendant le traitement, et si l'on peut le

décider à le faire, il faut le placer nu entre deux couvertures de laine ou deux draps de flanelle. Mais si cela est impraticable, ou si l'on croit plus prudent de lui permettre de sortir au grand air, on peut simplement le vêtir d'une veste étroite et de pantalons de laine tricotée. Il faut répéter les frictions d'huile de foie de morue quatre fois chaque jour, du moins pendant la première partie du traitement; ensuite, lorsque les vêtements et les couvertures sont suffisamment saturés d'huile, on peut se borner à l'appliquer deux fois par vingt-quatre heures.

En traitant cette affection par l'application externe d'huile de foie de morue, j'évitais au début, et avec intention, l'emploi de bains chauds ou de bains de vapeur, afin de me convaincre de l'efficacité de cette médication ; mais lorsque je n'ai plus eu aucun doute sur son pouvoir curatif, je permettais au malade de prendre des bains. J'ai cependant trouvé qu'ils ont contrarié l'action du remède, et que leur effet était de rendre la cure de la maladie plus longue que lorsque l'huile était seule employée.

L'usage répété de l'ol. morrhuæ dans le *Lichen scrofulosorum* m'ayant convaincu que c'est un remède infaillible contre cette affection, je n'ai eu, jusqu'à ce jour, aucune raison de tenter l'essai d'un autre genre de traitement. Je ne dois pas oublier, toutefois, d'indiquer que dans cette maladie, j'ai prescrit une nourriture réparatrice, et notamment de la viande, mais je ne condamne cependant point mon malade à un régime exclusivement animalisé.

II. — Lichen ruber.

Parmi les divers cas soumis à mon observation, à l'hôpital général de Vienne, dans le service des maladies de la peau qui est placé sous ma direction, j'ai eu l'occasion de voir une affection si spéciale, quant à ses symptômes, son cours et son mode de terminaison, qu'il m'a été impossible de l'identifier avec aucune des maladies décrites ou figurées dans les ouvrages de dermatologie. J'ai, en conséquence, pensé qu'il était de mon devoir d'étudier la maladie en question avec le plus grand soin, de surveiller son évolution, de rechercher son mode d'origine et les conditions dans lesquelles elle se produit, et de découvrir les remèdes à l'aide desquels on peut la guérir. Or, maintenant que j'en ai rencontré plusieurs cas, et que j'ai été à même de faire des observations continues au sujet de cette dermatose, j'ai reconnu qu'elle était manifestement une affection spéciale et qu'il est possible de la dis-

tinguer par un nombre suffisant de caractères de toutes les autres maladies analogues. Je n'ai donc pas hésité à lui assigner une place dans mon système, et je lui ai donné le nom de *Lichen ruber*.

Mes raisons pour la désigner ainsi sont les suivantes : En premier lieu, elle conduit à la formation de papules qui restent dans le même état durant tout le cours de leur existence, ne se transformant jamais en vésicules ou en pustules, et ne subissant, par le fait, aucune modification, si ce n'est que l'apparition ultérieure de nouvelles papules peut déterminer leur réunion en plaques circonscrites. En second lieu (à moins, toutefois, qu'elles ne soient recouvertes par des masses épidermiques), les papules elles-mêmes et les plaques qui en résultent présentent invariablement une coloration rouge foncé intense, et elles la conservent dans toutes les circonstances.

Or, à l'imitation de Willan, les dermatologistes ont eu l'habitude de donner le nom de *Lichen* à toutes les affections papuleuses de la peau qui ne présentent pas les caractères du prurigo. Je me suis, en conséquence, senti bien justifié en appliquant la même désignation à la maladie en question, et en l'appelant *Lichen ruber*, en raison de sa couleur rouge.

Marche du Lichen ruber. — Lorsqu'on a eu l'occasion de voir la maladie à son début, ou pendant qu'elle s'étend, on reconnaît qu'elle consiste en une éruption de papules miliaires qui, à leur début, sont distinctes les unes des autres et se recouvrent ensuite de squames minces. Elles n'occasionnent que peu de démangeaison ; le malade les gratte légèrement, de sorte qu'elles ne saignent pas ; aussi, ne voit-on point, à leur sommet, de croûtes noires formées de sang desséché.

Ces papules conservent le même volume pendant toute la durée de leur existence, et ne subissent jamais d'expansion périphérique. — Les papules qui surviennent ultérieurement pourront apparaître ou sur des points éloignés du siége de la première manifestation, ou dans les intervalles des papules originaires. Ainsi, au fur et à mesure que la maladie augmente, les papules semblent graduellement se confondre de plus en plus ; les espaces intermédiaires de peau saine, considérables au début, deviennent de moins en moins nombreux, et de moins en moins larges, jusqu'à ce qu'enfin les papules se trouvent complétement en contact et forment des plaques continues de dimension et de forme variables, rouges, infiltrées et recouvertes d'écailles. Ces changements morbides se répètent sur différents points qui étaient antérieurement restés indemnes, et à la fin, il en résulte un état dans lequel les papules, et l'infiltration de la peau qui en est la conséquence, occupent des

régions entières, ou même toute la surface du corps. L'aspect de l'affection est alors tout à fait particulier. Le tégument est rouge dans toute son étendue, recouvert de nombreuses écailles minces, et tellement infiltré que lorsqu'on soulève un pli de la peau, on trouve qu'elle a plus de deux fois l'épaisseur normale. Les mouvements des parties affectées sont par conséquent gênés, notamment si les articulations, dans le sens de la flexion, sont également le siége de la maladie, et si les mains et les pieds sont envahis. Les mouvements de flexion et d'extension peuvent ainsi devenir très-difficiles, et de lui-même le malade s'efforce de les maintenir dans une position intermédiaire. La peau présente, toutefois, beaucoup plus d'épaisseur sur la paume des mains et à la plante des pieds, sur les doigts et les orteils. Les doigts sont, en général, complétement séparés les uns des autres, ils prennent une position demi-fléchie, et, outre qu'ils sont rouges et infiltrés comme je l'ai décrit ci-dessus, ils présentent souvent sur les articulations des phalanges, des fissures transversales et des crevasses, qui s'étendent fréquemment jusqu'au chorion et saignent, de sorte qu'elles se trouvent avoir sur leurs bords des croûtes noires placées transversalement comme les fissures elles-mêmes. Les surfaces qui correspondent aux articulations du tarse et du carpe, sont également déformées de la même manière par des sillons traversés par des rhagades.

Lorsque cette affection envahit toute la surface cutanée, elle occupe toujours également les ongles des doigts et des orteils. Quelquefois il y a une croissance exagérée de la substance de l'ongle, de sa surface, de sorte qu'il acquiert plus du double de son épaisseur naturelle, tandis qu'en même temps il devient rude, opaque, d'une coloration brun jaunâtre et très-friable : aussi n'atteint-il pas sa longueur normale, mais se casse avant d'arriver à l'extrémité du doigt. Dans d'autres circonstances encore, sa croissance s'opère par la matrice seulement et non par toute sa surface, en sorte qu'il ne se forme qu'une plaque mince, cassante et cornée, qui est d'une teinte plus claire qu'à l'état normal, et se projette plus ou moins en dehors du niveau du doigt. Dans les deux cas, la modification qui a lieu dans les ongles, ajoutée à l'infiltration de la peau elle-même, s'oppose en grande partie aux mouvements des doigts et des orteils, et il en résulte une gêne extrême dans la marche ainsi que dans la préhension des objets.

Les cheveux ainsi que les poils du pubis et de l'aisselle ne sont nullement affectés par le *Lichen ruber*. Les poils ne sont cependant jamais très-développés sur les autres parties du tronc et, restant au premier degré de leur croissance, ils forment un simple duvet ou lanuge. Lors-

que la maladie est ainsi étendue, elle s'accompagne d'une démangeaison très-pénible. Mais ce symptôme n'est nullement en proportion de l'intensité de l'affection; il est, en effet, moins gênant que dans plusieurs maladies d'une gravité bien moins grande, telles que le psoriasis, le prurigo et l'eczéma. On ne voit donc jamais dans le lichen des excoriations très-marquées, ni aucun des autres changements produits par les grattages que l'on observe si habituellement dans les dermatoses que je viens d'énumérer, et que l'on peut appeler les maladies « prurigineuses » *par excellence*.

L'état de la santé générale, dans le *Lichen ruber*, dépend de l'étendue de l'affection cutanée. A son début, lorsque les papules sont rares et les plaques infiltrées en petit nombre, on ne constate aucune altération des processus végétatifs; toutes les fonctions s'accomplissent d'une manière normale, aussi néglige-t-on ordinairement tout à fait la maladie. Mais à mesure que l'éruption se développe, la nutrition commence à s'altérer visiblement. L'appétit et le sommeil du patient peuvent n'être que peu ou même pas du tout modifiés, mais la quantité de graisse contenue dans le tissu aréolaire sous-cutané est diminuée; il y a amaigrissement évident. Même lorsque la maladie a envahi toute la surface cutanée, la nutrition ne cesse pas tout d'abord complétement, mais elle décroît de jour en jour; le malade tombe dans un état très-prononcé de marasme, qui se termine, en général, d'une manière funeste.

Diagnostic.— Bien que certaines formes de *Lichen ruber* soient très-analogues à quelques autres affections de la peau, telles que le *Lichen scrofulosorum*, le *Psoriasis*, l'*Eczéma* et le *Pityriasis rubra*, on peut toujours le différencier de ces dermatoses, si l'on considère attentivement les caractères qui lui sont propres. Les symptômes du *Lichen ruber*, à son début et quand il a une intensité légère, sont, toutefois, très-différents de ceux qu'il présente lorsqu'il a duré longtemps, est très-étendu, ou même occupe toute la surface du corps. Il est donc essentiel, si l'on veut distinguer facilement cette maladie de celles qui lui ressemblent, de diviser sa marche en trois périodes, correspondant aux divers degrés de son développement, et de les comparer individuellement avec celles des autres affections dont j'ai parlé. Les trois périodes elles-mêmes ne sont nullement définies d'une manière exacte; mais, suivant la méthode ordinairement adoptée, j'en parlerai comme de *degrés*. Le tableau suivant fait ressortir le diagnostic différentiel des diverses maladies en question.

LICHEN RUBER.	LICHEN SCROFULOSORUM.	PSORIASIS.	ECZÉMA.	PITYRIASIS RUBRA.
		Première période.		
L'éruption consiste en papules miliaires, rouges, distinctes, qui ne sont pas excoriées, et sont recouvertes d'un petit nombre de squames minces. Elles ne sont pas réunies en groupes, ni disséminées sur toute la surface du corps, mais elles restent en général limitées à certaines régions de la peau, et notamment aux jambes.	L'efflorescence est caractérisée par des papules miliaires d'une couleur rouge jaunâtre pâle, distinctes les unes des autres, mais disposées en groupes. Ces papules sont recouvertes de quelques écailles; elles n'offrent pas d'excoriations, et restent limitées au tronc.	Il commence par la formation de squames blanches, luisantes, ayant la grosseur de grains de millet. On fait en général disparaître en se grattant quelques-unes de ces petites masses d'écailles; sur la surface saignante qui se trouve ainsi exposée à l'air, il se forme ensuite une croûte noire. Elles ne sont point réunies en groupes, mais en général disséminées sur toutes les parties de la peau; leur siége de prédilection est la surface externe des membres. Outre ces petites taches, on en voit ordinairement d'autres semblables qui sont plus anciennes, et par conséquent plus grandes, analogues, par exemple, à des gouttes de mortier ou même atteignant les dimensions d'une pièce de deux francs.	Cette éruption est accompagnée de la formation de papules de la grosseur de grains de millet ou de chènevis, d'une teinte pâle ou rouge foncée, ne présentant aucunes écailles, mais contenant un liquide transparent, qui s'échappe quand on les presse légèrement. Les grattages détruisent le sommet de la plupart de ces papules, et elles se recouvrent alors de petites croûtes brunes. Elles sont limitées à certaines régions du corps sur lesquelles on les voit irrégulièrement disséminées, elles surviennent très-fréquemment sur les bras, notamment dans le sens de la flexion. Elles sont souvent accompagnées de vésicules.	Comme dans cette affection il ne se forme pas de papules, elle ne ressemble nullement au premier degré du *Lichen ruber*, et il est impossible de confondre les deux maladies à cette période.

Deuxième période.

Les plaques infiltrées d'un rouge foncé résultant de la réunion de nombreuses papules développées les unes près des autres, sont recouvertes de squames peu adhérentes, minces, semblables à du papier grisâtre. Quand on les a enlevées, on voit que les orifices des follicules pileux sont dilatés. Il n'y a pas de suintement et les plaques ne saignent pas lorsqu'on les gratte légèrement. La présence d'excoriations très-superficielles annonce que la démangeaison est insignifiante. Bien que les apparences produites par les changements que je viens de décrire ressemblent à ceux que l'on observe dans d'autres affections cutanées, on peut toujours fonder un diagnostic précis sur la présence, dans le voisinage des taches infiltrées, de nouvelles papules parfaitement semblables à celles formées en premier lieu. Il est très-essentiel de rappeler que,	Les papules continuent à être disposées en groupes pendant tout le cours de la maladie. Il est vrai que quelques nouvelles papulés surviennent quelquefois dans le voisinage de celles qui se sont développées en premier lieu, de sorte que des groupes voisins peuvent se confondre les uns avec les autres; mais même alors on trouve toujours sur d'autres points de nouveaux groupes, offrant les caractères décrits ci-dessus, ou bien les premiers groupes eux-mêmes restent séparés par d'assez grands intervalles de peau saine. Un autre caractère que l'on observe souvent est que, pendant que de nouvelles papules se développent à la périphérie, celles situées au centre de chaque groupe s'affaissent graduellement et s'éteignent, et en dernier lieu deviennent de petits points aplatis, pigmentés, dont la position correspond aux ouvertures des follicules pileux	Par la croissance périphérique de ces plaques primitivement punctiformes et par leur réunion il se produit (comme on le sait bien) de grandes plaques rouges. Celles-ci présentent un certain degré d'épaississement de la peau, et sont recouvertes d'écailles blanches, intimement adhérentes, de quelques lignes d'épaisseur. Elles peuvent avoir des formes variées. Autour d'elles on voit toujours des points annulaires ou nummulaires, ou même quelques-uns qui sont punctiformes ou semblables à des gouttes de mortier. Ces derniers, en effet, présentent, non les caractères de cette période de la maladie, mais ceux que j'ai décrits ci-dessus, et notamment ils saignent facilement lorsqu'on les gratte.	Le suintement qui existe à tous les degrés un peu prononcés de l'eczéma, et la présence de croûtes résultant du desséchement de la sécrétion, sont assurément des caractères qui ne permettent pas de le confondre avec le lichen.	L'absence d'infiltration et la présence de squames, quoiqu'en très-petite quantité, caractérisent le *Pityriasis rubra* et empêchent qu'on ne le confonde avec le *Lichen ruber*.

LICHEN RUBER.	LICHEN SCROFULOSORUM.	PSORIASIS.	ECZÉMA.	PYTIRIASIS RUBRA.
(Suite de la deuxième période).				
même à cette période, on peut démontrer que l'extension de la maladie se produit, non par l'agrandissement des plaques isolées, mais par leur accroissment en nombre et leur réunion, et par l'infiltration de la peau dont ces changements sont accompagnés.	et sont d'une couleur jaune brunâtre. Il n'y a aucune démangeaison, et, par conséquent, il n'existe pas d'excoriations.			
Troisième période.				
Comme conséquence du développement continu de ces papules, toute la peau à la fin devient rouge et épaissie, et l'épiderme (surtout sa couche cornée extérieure) se divise en une grande quantité de squames minces, qui sont d'un gris jaunâtre, et se détachent facilement. On ne trouve plus aucun signe de la formation de papules. Il y a dégénérescence des	Cetteaffection n'est jamais répandue sur toute la surface cutanée, comme le *Lichen ruber*, et par conséquent il est tout à fait inutile de donner un diagnostic différentiel entre les deux maladies à leur troisième période. Au nombre des symptômes généraux, on trouve la tuméfaction des glandes lymphatiques, notamment du cou, de la périostite, de	La tendance particulière de cette affection, même après une longue durée, à subir une évolution périodique, fait qu'il est bien rare que le psoriasis se répande sur toute la surface cutanée. Même lorsqu'il est très-intense, et a existé pendant des années, les premières plaques restent invariablement séparées les unes des autres par de petits intervalles de peau saine. La	Dans des cas d'eczéma général, ses caractères particuliers sont si tranchés, la démangeaison est si vive, la sécrétion si abondante, les vésicules, les pustules et les croûtes si nombreuses, qu'il n'est guère possible de confondre la maladie à cette période avec quelque autre affection cutanée Des symptômes indiquant une maladie du système en général, manquent complé-	Si cette maladie rare attaque toute la surface du corps, elle détermine sans aucun doute une rougeur diffuse de la peau, et s'accompagne de la formation d'écailles en petit nombre. Mais même alors on est à l'abri d'une erreur par l'absence complète d'infiltration, par la desquamation et la démangeaison qui sont à peine sensibles, par l'état de la peau qui est encore parfai-

ongles, il survient des rhagades et les mouvements des articulations sont gênés. L'affection est également suivie de symptômes généraux, de troubles dans la nutrition, d'amaigrissement et même de marasme. Elle a en général une durée de plusieurs années, et en dernier lieu peut se terminer d'une manière fatale.	la carie, des ulcères cutanés, ou, au moins un aspect cachectique et bouffi (gedunsen) de la face.	maladie conserve également beaucoup de ses caractères : 1° démangeaison, 2° saignement facile au moindre grattage, 3° sécrétion excessive d'épiderme et 4° tendance à subir une évolution dans certains points sur lesquels la peau saine reparaît ensuite. Le psoriasis survient principalement chez les sujets qui sont sous d'autres rapports forts et bien portants. Ceux qui en sont atteints, même dans une forme grave, conservent pendant longtemps leur constitution vigoureuse et continuent à avoir très-bonne mine. Ce n'est que dans des cas très-exceptionnels qu'il devient mortel.	tement dans certains cas d'eczéma. Ils ne font donc nullement partie essentielle de l'affection.	tement souple et mobile, et parce que les ongles sont tout à fait sains. Dans le *Pityriasis rubra*, l'organisme ne paraît pas être aussi profondément affecté que dans le *Lichen ruber*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les autopsies qu'on a faites dans les cas de *Lichen ruber* ayant eu une issue fatale n'ont fourni aucuns résultats dignes d'être mentionnés, en tant que se rapportant aux viscères en général. Comme dans toutes les dermatoses chroniques dans lesquelles la mort survient seulement lorsque la maladie a persisté pendant longtemps, les apparences nécroscopiques relatives à cette affection sont résumées par les pathologistes dans le mot anémie. Tous les organes sont pâles, flasques et contractés, et ne contiennent qu'une petite quantité de sang.

Quant à la peau, bien qu'elle soit très-rouge et très-épaisse pendant la vie, elle apparaît toujours après la mort pâle, flasque, dépourvue de graisse, et il est impossible de reconnaître aucune trace de l'épaississement de sa substance. La seule preuve de la maladie sur le cadavre est la présence d'écailles qui adhèrent encore à la surface de la peau en plus ou moins grande quantité. En examinant, à l'aide du microscope, des sections minces du tégument, le principal changement morbide qu'on ait découvert se trouve dans la gaîne de la racine des cheveux. Ainsi que tout le monde le sait, la gaîne de la racine, dans son état normal, est un tube cylindrique, entourant cette partie du poil qui est enfoncée dans la peau. Dans des cas de *Lichen ruber*, elle se convertit en un corps à forme d'entonnoir, dont la pointe est dirigée en bas, s'étendant vers l'orifice du sac, et ayant l'aspect d'un corps composé de plusieurs cônes creux, unis les uns aux autres d'une manière lâche, et le poil étant situé au milieu. En outre, dans cette maladie, les papilles cutanées sont hypertrophiées et les anses vasculaires qu'elles contenaient dilatées.

ÉTIOLOGIE.

Le *Lichen ruber* (dont jusqu'à ce jour je n'ai observé que quatorze cas) (1) est si rare, et les individus atteints ont présenté entre eux de si grandes différences, qu'il est actuellement impossible de trouver aucune base sûre même pour émettre une hypothèse probable sur la cause de cette affection mystérieuse.

Parmi mes malades, les uns étaient des jeunes gens, de l'âge de quinze à trente ans, d'une constitution faible et de fibre musculaire lâche ; d'autres avaient plus de quarante ans, et ont paru, sous d'autres rapports, jouir d'une parfaite santé.

(1) Voyez la note de la page 472.

Il m'a toujours été impossible de trouver à cette maladie une cause, soit dans la manière de vivre, les occupations, les habitudes hygiéniques de ceux qui en sont affectés, soit encore dans aucun état morbide antérieur.

Par rapport au sexe, il est digne de remarque que, parmi mes quatorze malades, il n'y ait eu qu'*une* femme. L'hérédité que l'on considère avec tant de probabilité comme étant au moins une cause occasionnelle de psoriasis, n'a paru jouer aucun rôle dans l'apparition du *Lichen ruber*. Dans tous les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, les parents, autant qu'il m'a été possible de le savoir, n'avaient jamais été affectés d'aucune maladie semblable. Sa rareté suffit elle-même à prouver qu'elle n'est pas contagieuse, et c'est, en effet, parfaitement exact.

PRONOSTIC.

Comme toutes les autres affections de la peau qui attaquent la surface cutanée tout entière et ont une évolution très-prolongée, le *Lichen ruber*, lorsqu'il est ainsi généralisé, exerce naturellement une influence défavorable sur tout le système, par le fait seul qu'il altère pendant longtemps les fonctions de la peau, qui est un organe si important.

Au début, il est vrai, les fonctions de la vie végétative ont continué sans beaucoup de trouble dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, et cela non-seulement lorsque l'affection était limitée, mais même quand elle était étendue à toute la surface cutanée. Mais lorsque la maladie a persisté pendant quelques années, elle a toujours déterminé un certain amaigrissement. Non-seulement, en effet, mes malades maigrissaient, mais ils avaient l'air tout à fait ridés, comme si la peau, qui était dure et formait des plis, constituait la seule enveloppe de leurs os.

Je ne puis rien dire de favorable au sujet du pronostic du *Lichen ruber*. J'ai réussi, dans un cas (1), à en arrêter le cours. Un second de mes malades a été renvoyé sur sa demande, et j'ignore ce qu'il est devenu. Un autre est encore en traitement (juillet 1862). Tous les autres sont morts sous mes yeux, malgré les meilleurs soins et l'administration de divers remèdes.

TRAITEMENT.

N'ayant pu trouver, dans aucun ouvrage de dermatologie, une description du *Lichen ruber* comme affection spéciale, il m'a été impos-

(1) Voyez la note de la page 472.

sible d'avoir aucun renseignement sur son traitement, et j'ai été obligé de m'en tenir exclusivement à mes observations et expérimentations personnelles.

En premier lieu, j'ai essayé de le guérir par l'administration des différents médicaments dont j'ai parlé en détail à propos du psoriasis. Malheureusement la vérité m'oblige à dire que, à l'exception de l'arsenic, aucun remède, interne ou externe, n'est parvenu à modifier la marche du *Lichen ruber*. J'ai donné l'arsenic à dose élevée dans tous les cas. Mais, chez quelques-uns de mes malades, il n'a pas été bien supporté, et j'ai été, par conséquent, obligé de le discontinuer; et même, lorsqu'il n'a pas échoué complétement, il ne s'est montré efficace qu'en partie, produisant une amélioration dans la maladie, ou même la guérissant pour un certain temps, mais n'ayant nullement le pouvoir de s'opposer à une rechute.

J'ai déjà dit que dans un cas la maladie a été enrayée. Ce résultat ne fut obtenu qu'après l'administration de près de trois drachmes (5gr,30) d'acide arsénieux durant une période de huit mois. Je le prescrivis sous forme de pilules asiatiques, dont le malade prenait chaque jour douze, contenant 0,99 d'un grain (0gr,05247) d'arsenic. Il est resté bien portant jusqu'à présent, c'est-à-dire pendant un an depuis sa guérison (1).

CHAPITRE XVIII

PITYRIASIS RUBRA.

Le premier auteur qui ait mentionné le *Pityriasis rubra* est Bateman, dans sa continuation de l'ouvrage de Willan, « sur les maladies cutanées »; mais la définition qu'il en a donnée ne peut pas s'appliquer à tous les cas de pityriasis, ni la différencier d'autres affections analogues. En effet, ni Bateman, ni ceux qui ont écrit depuis sur ce sujet (y compris Biett, Green, Cazenave et Schedel, Chausit et Gibert) n'ont

(1) Le professeur Hebra nous informe que ce malade n'a pas éprouvé de rechute de la maladie. Il dit également que depuis la publication de l'édition allemande de son ouvrage, il a observé sept cas qui se sont tous terminés d'une manière favorable. Le traitement a consisté dans l'administration de l'arsenic à doses élevées, depuis 1/10e de grain (5 milligr.) jusqu'à 1 grain (5 centigram.) chaque jour.

(*Note de l'éditeur anglais.*)

établi une ligne tranchée de démarcation entre le *Pityriasis rubra* et le *Psoriasis*, l'*Eczema squamosum* et le *Lichen*. Quelques autres dermatologistes, au nombre desquels sont J. Frank, Alibert, Fuchs et Duchesne-Duparc, n'en prononcent même pas le nom; et d'autres, tels que Rayer et Er. Wilson, l'emploient dans un sens tout à fait différent, de sorte qu'il semblerait qu'aucun de ces auteurs n'a observé des cas de *Pityriasis rubra* universel, tel que je vais le décrire. Le seul ouvrage dans lequel la maladie obtienne l'attention que méritent ses caractères particuliers, est celui de Devergie (1). Mais il m'est impossible de comprendre pourquoi cet auteur l'appelle le Pityriasis rubra *aigu*, car dans la description qu'il en fait, il insiste sur la longue durée de la maladie et sur sa tendance aux récidives.

Ainsi que cela résulte de son nom, l'affection qui est désignée sous la dénomination de *Pityriasis rubra* consiste en une rougeur de la peau, qui est aussi recouverte de squames. Mais, comme on le sait, ces caractères se rencontrent également dans d'autres dermatoses, telles que le *Psoriasis*, le *Lichen*, l'*Eczema* et le *Lupus erythematosus*, et par conséquent, il importe de rechercher quelques symptômes appartenant exclusivement à la maladie en question, et faisant défaut dans celles qui lui ressemblent. En agissant ainsi, toutefois, il ne faut pas compter autant sur des caractères positifs que sur des caractères négatifs. Dans les affections désignées ci-dessus, outre leur persistance, outre les squames, il y a toujours d'autres phénomènes : il existe soit une infiltration de la peau, avec ou sans fissures, soit une sécrétion sous forme de suintement liquide, soit une vive démangeaison qui pousse invinciblement à se gratter et occasionne, en conséquence, des excoriations, ou bien enfin, la maladie occupe quelque région spéciale ou présente certaines particularités dans sa marche. Mais dans le *Pityriasis rubra*, tous ces symptômes manquent. On ne trouve qu'une rougeur intense, répandue sur une large étendue de la peau ou même générale, disparaissant sous la pression du doigt (où elle est remplacée par une coloration jaunâtre), et s'accompagnant de squames blanches, fines et légèrement adhérentes, qui résultent de la croissance continuelle de la couche la plus superficielle de l'épiderme.

Or, il ne peut y avoir aucun doute que la constatation d'un *Eczema squamosum* (espèce décrite en premier lieu par Cazenave) a, pour ainsi dire, miné le terrain sous les pieds du *Pityriasis rubra*, et que la plupart des cas qu'on a ainsi désignés seraient aujourd'hui, avec plus

(1) « Traité pratique des maladies de la peau ». Paris, 2e édition, 1857, p. 442.

de raison, considérés comme se rattachant aux eczémas. Ainsi, il arrive souvent qu'un eczéma soit à son début, soit durant le cours de son évolution, atteint une période pendant laquelle il ne se forme plus ni vésicules, ni pustules, pendant laquelle il n'y a pas de sécrétion, et où la partie affectée offre simplement un aspect rouge écailleux. A tous ces cas on peut donner le nom d'*Eczema squamosum*. Mais il en reste encore d'autres qu'on pourra, avec raison, ranger sous le titre de *Pityriasis rubra*, dans lesquels la rougeur de la peau et une desquamation graduelle constituent les seuls caractères, et dans lesquels il n'existe ni infiltration tégumentaire, ni aucun autre symptôme. Il est impossible d'appeler cette affection un *Eczema*, parce que la sécrétion et les vésicules, qui appartiennent à ce type, n'existent à aucune période de sa durée.

Ainsi donc, je donne le nom de *Pityriasis rubra* à une affection dans laquelle, pendant toute son évolution, le seul symptôme est la coloration persistante rouge foncé de la peau. Dans cette maladie il n'y a pas d'infiltration considérable de la peau ; on ne voit ni papules, ni vésicules ; il ne se produit aucune sécrétion à la surface ; la démangeaison est légère, et n'occasionne pas d'excoriations ; il ne survient pas de fissures, et, en dernier lieu, il est rare que des régions spéciales du corps en soient affectées, toute la surface de la peau étant en général envahie.

Marche. — Cette maladie dont, jusqu'à présent, je n'ai vu que trois cas, est si rare, et ses progrès remarquablement lents, présentent si peu de changements, qu'il est très-difficile de donner une observation complète d'un cas isolé. Chez tous les malades atteints d'un *Pityriasis rubra* que j'ai été à même d'observer, l'affection était générale et entièrement développée lorsqu'elle s'est présentée à mon observation. Aussi, j'ignore comment la maladie avait débuté ; si toute la surface cutanée a été envahie en même temps, ou si l'éruption a commencé sur des points circonscrits et s'est ensuite graduellement étendue. Suivant les affirmations des malades, cependant, toutes les parties de la peau avaient été simultanément atteintes, devenant d'abord légèrement rouges, et plus tard d'une coloration qui s'accentuait ensuite de plus en plus. Les malades racontaient, en outre, que la peau des membres inférieurs avait été d'un rouge plus foncé avec une nuance bleue (ce qu'on appelle la teinte veineuse), notamment lorsqu'ils gardaient la position verticale, et ils disaient que d'autres régions, surtout la figure, avaient été moins rouges, et que la nuance était aussi modifiée par le chaud et le froid ; l'action de la chaleur (celle du lit par

exemple) déterminant une teinte artérielle, rouge-vermeille, tandis qu'à une température plus basse (comme dans un salon ordinaire) on observait une coloration veineuse rouge bleuâtre.

Pendant toute la durée de la maladie, les seuls caractères qu'elle présente sont donc ceux que j'ai décrits ci-dessus, si ce n'est que les squames, consistant en feuillets épidermiques morts, se sont accumulés en plus ou moins grande quantité. Vers la fin de la vie du malade, cependant (car, malheureusement, le *Pityriasis rubra* diffus s'est toujours terminé d'une manière fatale), la peau devient graduellement pâle, prend d'abord une teinte jaunâtre et, en dernier lieu, une coloration jaune sale. Après la mort, ce caractère ne se reconnaît même plus, et l'aspect du tégument ne diffère en aucune façon de celui d'une personne qui est morte d'une affection interne quelconque.

Toutefois, plusieurs années s'écoulent avant cette terminaison funeste. Durant la première partie de cette longue période, les malades conservent une bonne santé, et peuvent même continuer leurs occupations habituelles, et, s'ils n'étaient pas chaque jour rappelés au sentiment de l'existence de la maladie par le changement qu'elle imprime à la couleur de la peau, ils ignoreraient eux-mêmes sa présence, puisqu'elle ne donnait lieu à aucune sensation désagréable. Peu à peu, pourtant, ils ont commencé à maigrir et à perdre leurs forces, au point qu'au bout de quelque temps ils ont été dans l'impossibilité de vaquer à leurs affaires, et c'est cette aggravation qui les a alors portés à réclamer des soins médicaux. Telles sont les circonstances dans lesquelles se sont trouvées les personnes atteintes de *Pityriasis rubra* qui sont venues se confier à mes soins.

Pendant que ces malades étaient à l'hôpital sous ma direction, leur état de marasme a encore augmenté très-lentement ; leur appétit, primitivement bon, a graduellement diminué ; leur force musculaire a décliné d'une manière constante, et finalement ils sont morts d'épuisement.

DIAGNOSTIC.

Quant à la différenciation du *Pityriasis rubra* d'avec le *Psoriasis*, l'*Eczema* et le *Lichen*, je puis renvoyer au tableau dans lequel j'ai déjà donné les caractères de la première maladie, car ce tableau indique suffisamment sous quels rapports il diffère des dermatoses en question. Ici je me bornerai donc à l'examen de certaines autres affections qui, bien que l'erreur soit moins facile, doivent être néanmoins signalées. Dans ce nombre est, en premier lieu, ce qu'on appelle « l'*Erythema*

chronicum » de Rayer. A l'expression *Erythema* on associe cependant toujours l'idée d'une affection à marche aiguë. En outre, dans les maladies auxquelles on applique ce nom, il existe des infiltrations séreuses qui donnent lieu à de la tuméfaction; et, tant que l'*Erythema* persiste, la peau rouge est recouverte de l'épiderme sain et il n'y a par conséquent aucune desquamation. Ces caractères sont certainement bien suffisants pour distinguer les *Érythèmes* du *Pityriasis rubra*, dans lequel on ne voit ni tuméfaction ni infiltration séreuse, mais qui se caractérise toujours par un état squameux.

Le *Lupus erythematosus* est une affection cutanée qui n'a été que dans ces derniers temps exactement décrite par Cazenave et par moi-même; il ressemble, il est vrai, au *Pityriasis*, en ce que la peau affectée est rouge et recouverte d'écailles nombreuses. Mais cette maladie est limitée à la figure, présente un aspect particulier, et est accompagnée d'une dilatation des orifices des follicules pileux et des glandes sébacées qui sont en même temps obstruées par du sébum desséché. Ces caractères et l'absence des autres symptômes qui appartiennent au *Pityriasis rubra*, différencient suffisamment le *Lupus erythematosus* de cette maladie même dans sa forme locale.

Je pense que je puis épargner à mes lecteurs, ainsi qu'à moi-même, le diagnostic différentiel entre le *Pityriasis rubra* et d'autres affections squameuses telles que le *Pityriasis simplex*, la *Séborrhée* et l'*Ichthyose*. La possibilité de le confondre avec le *Lichen ruber* a été discutée en détail lorsque j'ai décrit cette affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

J'ai déjà établi que dans le *Pityriasis rubra* qui se termine d'une manière fatale, on n'observe à l'œil nu, dans la peau, aucuns changements résultant de la maladie. Et même à l'aide du microscope il est impossible de découvrir quelque altération permettant d'expliquer cette mystérieuse affection. Dans ce cas, ainsi que dans beaucoup d'autres, on est obligé de baser l'examen anatomo-pathologique de la peau, non sur des recherches nécroscopiques, mais sur des observations ayant pour sujet le malade vivant, autant, du moins, que la chose est possible.

ÉTIOLOGIE.

Excluant les formes locales du *Pityriasis rubra* (qui seront plus exactement décrites sous le titre d'*Eczema squamosum*), et ne tenant compte

que des cas seuls où la maladie est générale, je dois de nouveau avouer mon entière ignorance quant à sa cause.

PRONOSTIC.

Selon mon expérience passée du *Pityriasis rubra*, il s'est toujours terminé d'une manière funeste, après une durée de plusieurs années. Jusqu'à quel point ces observations se trouveront-elles confirmées dans l'avenir, c'est là une question pendante. Mais l'issue fatale des cas que j'ai observés, et l'insuccès du traitement que j'ai employé, ont été au nombre des principales raisons qui m'ont déterminé à admettre le *Pityriasis rubra universalis* comme distinct de l'*Eczema squamosum*. Car il est bien connu que la période de l'*Eczema* dans laquelle on constate une ressemblance avec le *Pityriasis rubra* est justement celle dans laquelle il est sur le point de disparaître, ou du moins où il est facilement curable à l'aide de certains remèdes bien connus; la terminaison de la maladie et les résultats du traitement étant exactement le contraire de ce qu'on observe dans l'affection que je décris en ce moment.

TRAITEMENT.

Dans les cas de *Pityriasis rubra universalis* qui ont été soumis à mon observation, j'ai essayé de plusieurs remèdes et modes de traitement que j'ai décrits en détail, en parlant du *Psoriasis;* mais malheureusement il m'est impossible d'annoncer que j'ai obtenu les mêmes résultats favorables que dans cette affection. Les médicaments internes, notamment, n'ont jamais produit aucun changement dans les caractères du *Pityriasis rubra*, n'amenant même pas le plus léger soulagement. Ni l'arsenic, ni la teinture de cantharides, ni le soufre, ni l'antimoine, ni le decoctum lignorum, ni la salsepareille, ni l'iode, ni le mercure n'ont réussi à enrayer la maladie.

D'un autre côté, elle a été jusqu'à un certain point modifiée par l'usage répété de bains tièdes (dans lesquels j'ai laissé le malade pendant plusieurs heures de suite), et par l'application d'huile et de pommades calmantes. Même alors, pourtant, l'effet du traitement a été simplement de rendre les masses d'épiderme plus transparentes, et la peau elle-même plus souple (1).

(1) Le *Pytiriasis rubra universalis*, tel que le décrit le professeur Hebra, est encore peu connu, M. le docteur Hillier (Handbook of skin diseases, 1865) et M. le docteur Hilton Fagge ont rapporté chacun un cas dans lequel la peau présentait l'état indiqué par le médecin de Vienne; j'ai eu moi-même occasion d'en observer un exemple.

On serait tenté, au premier abord, de considérer l'affection dont il s'agit ici comme

CHAPITRE XIX

IIe Groupe. — Dermatoses prurigineuses (Pruriginöse Dermatosen).

ECZÉMA.

(Eczem. — Nassende Flechte. — Dartre humide.)

Historique. — C'est un problème difficile, sinon impossible à résoudre, que de trouver dans les ouvrages de l'antiquité les passages qui se rapportent aux caractères de la maladie de peau que l'on appelle

appartenant à l'*Eczema squamosum*, si ce n'était cette tendance à se terminer d'une manière fatale qui paraît être jusqu'à ce jour le signe diagnostique le plus important de cette remarquable affection. Le doute est d'autant plus permis que lorsque l'eczéma arrive à sa dernière phase, c'est-à-dire à sa période de desquamation, il existe entre lui et le *pityriasis rubra* une si grande analogie, que le diagnostic est presque impossible. Les définitions données par MM. Bazin et Hardy se rapportent au *pityriasis rubra* dans ses manifestations locales, toutefois, sauf la généralisation de la dermatose, c'est évidemment la même affection que ces divers auteurs ont eue en vue dans leurs descriptions : car la possibilité de guérir une maladie quand elle est limitée à certaines parties de la peau n'est nullement incompatible avec son incurabilité et avec sa tendance à se terminer fatalement quand elle recouvre toute la surface cutanée.

M. Bazin a décrit un *pityriasis rubra aigu*, affection pseudo-exanthématique squameuse, et un pityriasis herpétique à forme inflammatoire ou *pityriasis rubra chronique* qui ne saurait être confondu avec le précédent. « Le premier, dit-il, page 384, est » remarquable par la généralisation de l'éruption à la plus grande partie de la surface » des corps, par des taches d'un rouge vif, multiples et irrégulièrement disséminées, » et sur lesquelles l'épiderme se soulève en lamelles larges et foliacées. Le second » présente une éruption moins généralisée que dans l'affection précédente, affectant » de préférence les parties voisines des articulations, les côtés de la poitrine, consis- » tant en taches petites et groupées en cercles plus ou moins réguliers, et offrant enfin » une coloration rouge moins prononcée (*pityriasis rosea* de Gibert) et une desqua- » mation simplement furfuracée. De plus, dans les deux cas, l'éruption est accompa- » gnée de quelques phénomènes fébriles; la marche est rapide et la terminaison se fait » par résolution. »

Nous avons donné ici le diagnostic des deux variétés de pityriasis : variétés qui se rattachent aux idées du savant dermatologue, parce qu'il nous a semblé que (sauf ce qui est de la terminaison funeste) la description donnée par le professeur Hebra comprend les deux formes précédentes qui ont été distinguées par M. Bazin.

Le *pityriasis rubra* est la première des quatre variétés de pityriasis admises par M. le professeur Hardy; la description qu'il en donne ressemble beaucoup à celle du médecin de Vienne, seulement ce dernier dit que, dans les cas par lui observés, la surface cutanée tout entière était envahie, tandis que selon M. Hardy le *pityriasis rubra* s'observerait au cou, à la face, à la région présternale, aux mains et aux pieds, et que ce n'est qu'exceptionnellement qu'il se développerait dans les autres régions du corps. Nous croyons que ces formes locales du *pityriasis rubra* que Hebra considère plutôt comme appartenant à l'*eczema squamosum* doivent être distinguées avec soin du *pityriasis rubra universalis*. Si l'état pathologique du tégument paraît être le même dans les formes circonscrites et la variété décrite par Hebra, le pronostic est au contraire essentiellement différent, vu que si l'arsenic et les applications locales de goudron triomphent assez habituellement du *pityriasis rubra* circonscrit, il n'en estplus de même dans la forme généralisée, qui se terminerait toujours d'une manière fatale. (A. D.)

aujourd'hui Eczéma. Car, puisque le nom de cette affection ne se retrouve ni dans les écrits d'Hippocrate, ni dans ceux de Galien, de Celse et de Pline, et qu'il n'est pas non plus mentionné par les auteurs arabes, on est obligé d'en rechercher la trace dans les descriptions que les anciens ont laissées des affections prurigineuses de la peau, sans s'inquiéter du nom sous lequel elles ont été décrites. En outre, les descriptions très-imparfaites des dermatoses, et les changements arbitraires de dénominations et de leurs significations, qu'on rencontre dans la littérature médicale ancienne, mettent souvent dans l'impossibilité de déterminer, avec quelque certitude, quelle altération l'auteur a voulu désigner dans sa description. Les idées qui dominaient sur les éruptions en général, et notamment sur ces variétés qu'on désigne actuellement sous le nom de « vésicules », « de pustules », « de papules », etc., n'étaient nullement définies d'une manière distincte. Un auteur parle de pustules qui ne contiennent pas de matière, un autre de vésicules ou de phlyctènes jaunes, et tous portent une attention moindre aux phénomènes extérieurs d'une maladie cutanée qu'à sa cause supposée; on la signale une fois dans un flux bilieux, une autre fois dans une bile noire ou pâle, tantôt dans la *pituita nitrosa* et *salsa*, une pituite bilieuse ou salée, tantôt dans l'*acrimonia sanguinis*.

Celse (1) décrit sous le nom de Κηρίον deux espèces de teigne, dont une peut correspondre à l'eczéma impétigineux. Son *Porrigo madens* (2) est peut-être aussi une forme d'eczéma de la tête, puisque dans la description qu'il en donne il parle d'ulcération et d'une mauvaise odeur, et remarque également que la maladie peut envahir les parties qui sont recouvertes par la barbe et les sourcils. Le même auteur décrit (3) la gale comme une induration rougeâtre (*durities*) de la peau, sur laquelle on trouve des pustules tantôt humides, tantôt « sèches ». Il faut cependant ne pas oublier que la notion que Celse avait d'une pustule paraît avoir été très-confuse; car il dit qu'il y a des pustules formées par la sueur, et d'autres produites par l'*Urtica urens*. Il parle également de celles qui sont occasionnées par le froid, le feu ou des applications médicinales. Selon leur forme et leur coloration, il décrit des pustules rouges et livides, blanchâtres et noires, acuminées et plates, auxquelles il donne les noms d'exanthèmes, φλύκταιναι et φλυζάκια. Dans le passage suivant, on peut penser qu'il avait réellement en vue l'eczéma: « Lorsque ces pustules laissent écouler de la sanie, il en résulte une ulcération

(1) Lib. V, cap. 8, 13.
(2) Lib. VI, cap. 2.
(3) Lib. V, cap. 28.

persistante avec prurit qui, parfois, s'étend rapidement, dans beaucoup de cas disparaît spontanément, et, dans d'autres, revient à certaines saisons de l'année. »

Dans les ouvrages de Galien, il faut rechercher la maladie dont il est question aux chapitres concernant la Psore et le Lichen, dénominations sous lesquelles cet auteur comprend la plupart des affections de la peau, tandis qu'il emploie le mot Eczéma seulement pour désigner différents degrés d'intensité. En décrivant les maladies du cuir chevelu, il mentionne l'Achor, par lequel il indique « des ulcères dont s'échappe, par de petites ouvertures ou érosions, un liquide purulent, ténu, visqueux, d'une consistance tenant le milieu entre le miel et l'eau. »

C'est dans les écrits d'Aëtius d'Amida (A. D. 543) qu'il est pour la première fois fait mention du terme Eczéma. Il dit, *eas* ἐκζέματα *ab ebulliente fervore Græci vulgo appellant* »; et entend par là « des phlyctènes chaudes et douloureuses qui ne se transforment pas en ulcérations »; caractères auxquels on reconnaît notre eczéma. Plus tard, dans le VII[e] siècle, on trouve le nom employé par Paul Égine, qui décrit (lib. IV, cap. 1) comme Εκζέματα sive Εκζσέματα (!!!) (de ζέω, bouillir, ἐκζέω, bouillonner) des pustules sans pus (« *citra saniem* »); mais il est impossible de déterminer d'une manière satisfaisante, d'après ses écrits, s'il désignait, par ce mot, la même affection que l'on entend aujourd'hui. Les médecins arabes ont dépeint comme « Sahafati humida, ulcera capitis manantia » des lésions qui correspondent à notre eczéma du cuir chevelu aussi bien que du reste du corps. Avicennes a notamment décrit, sous le nom de Sapathum (Sahafati), une maladie de la peau paraissant analogue aux croûtes de la tête qu'on observe chez les enfants des personnes pauvres comme le résultat d'un mauvais lait, et consistant en ulcères recouvrant les parties malades de croûtes.

Dans les œuvres médicales du moyen âge, on rencontre, comme tout le monde le sait, peu de travaux originaux parmi leurs commentaires sur les écrivains grecs et romains. Mais dans le commencement du XVI[e] siècle, il y a déjà des auteurs qui décrivent l'eczéma de la tête et du corps avec une relation exacte de ses phénomènes, bien que sous une autre dénomination. Ainsi, Johannes Gorræus (1) donne, sous le nom d'Achor, une description des ulcères suppurants de la tête qui laissent écouler, par de petits orifices, un pus visqueux, épais (*lentus*). Néanmoins la définition de son ἐκζέματα ne concorde pas avec les notions que l'on a actuellement de l'eczéma, car il applique ce nom à des

(1) « Johannis Gorræi Parisiensis Definitionum medicarum libri XXIV,» Francofortii ad Mœnum, 1578.

pustules douloureuses et brûlantes. Dans les œuvres de son contemporain Fernelius (1), on ne trouve pas ce terme employé, mais il est permis de conclure, de nombreux passages de sa description de l'« érysipèle » et de la « gale », ainsi que du chapitre « De pustulis », que l'eczéma ne lui était pas inconnu. La même remarque s'applique aux écrits de Manardus et de Mercurialis. Le premier (2) définit « lactumen » comme une affection dans laquelle l'épiderme se soulève sous forme de phlyctènes, dont le contenu liquide disparaît ensuite et qui conservent seulement un amas muqueux (*magma*). Il dit, toutefois, de cette maladie, « *Lactumen potius est gradus ad achores, quam malum aut genere aut specie diversum.* » Mercurialis décrit « *lactumen papuli* » comme « *ulcera capitis humida s. manantia* », et les distingue des « ulceribus siccis » que, d'ailleurs, les médecins appelaient Tineæ. Il explique qu'une espèce de ces « ulcera capitis humida » est la même chose que les « achores », — d'après Alexander Trallianus (lib. X, cap. 8) et Julius Pollux, achor et ἰχῶρ sont également identiques, — et il définit les achores comme « *tumores præter naturam, in quibus apparent foramina; ex foraminibus emanant humores tenues et modice glutinosi* » (3). Quant au mode d'origine de ces ulcères suppurants, il dit qu'il survient d'abord une violente démangeaison obligeant le malade à se gratter, d'où il résulte une ulcération qui augmente chaque jour, et sécrète un liquide quelquefois épais, d'autres fois clair. Il fait également observer que cette affection s'accompagne souvent de poux, de la chute des cheveux, et qu'elle se manifeste le plus habituellement pendant l'hiver, chez les jeunes sujets, notamment chez les femmes.

Dans le traité de Sauvages (4), on trouve, sous le titre d'Herpès (liv. I, p. 132), des descriptions de maladies, comme *H. serpigo* (Turner), et *H. miliaris* (Senert), qui se rapportent assez exactement à l'eczéma. Il décrit cependant l'eczéma d'une manière tout à fait exacte dans son chapitre sur la Tinea (livre II, p. 578) comme une affection du front et des tempes des jeunes enfants, qui commence par de nombreuses vésicules ou phlyctènes très-rapprochées les unes des autres, blanches au début, mais ensuite jaunes et remplies d'une exsudation huileuse. Elles deviennent confluentes et sécrètent un liquide d'une coloration blanche régulière, formant des croûtes sèches ou humides, blanches, jaunes et quelquefois brunes. Le processus s'ac-

(1) Johannis Fernelii Ambiani « Universa Medicina ». Francofortii, 1592. — « De externis corporis affectibus », lib. VII.
(2) « Epistolæ medicinales ». Lutetiæ Parisiorum, 1528, lib. VII, cap. 2.
(3) « De morbis cutaneis » ex ore Hier. Mercurialis. Venetiis, 1601.
(4) « Nosologia methodica ». Amstelodami, 1768, t. I, p. 132; t. II, p. 578.

compagne de démangeaison, et lorsque les enfants égratignent les croûtes, la peau sous-jacente apparaît brillante et souvent perforée de petites ouvertures par lesquelles s'échappe un liquide qui se dessèche rapidement. Une fois ces ulcères cicatrisés, la peau ne paraît pas altérée. On dit, en outre, qu'ils surviennent chez les enfants ayant une tendance scrofuleuse, et qu'ils s'étendent aussi sur la partie postérieure de la tête, les oreilles, le menton, le cou et même tout le corps.

L'eczéma est clairement indiqué dans la description de Van Swiéten (1), au chapitre du Rachitis, par l'histoire d'enfants qui, lorsqu'ils sont tout à fait jeunes, sont atteints d'une exsudation séreuse âcre, sur le cuir chevelu, dont l'irritation les pousse à se frotter la tête sur l'oreiller. A ce degré on désigne la maladie sous le nom d'Achor, par suite de l'odeur âcre qu'elle a au début. Si la peau devient rouge et granuleuse, on l'appelle *Herpes miliaris*, parce qu'elle s'étend en rampant d'une manière uniforme et montre des élevures semblables à des grains de millet. D'autres la dénomment *Herpes ficosus*, par rapport à la ressemblance des papules avec les graines d'une figue. L'exsudation se dessèche sous forme de croûtes qui, d'abord minces et percées de trous, deviennent graduellement épaisses, le sérum qui s'écoule à travers elles se desséchant encore. La sécrétion s'accumule alors sous les croûtes, devient purulente, rougit la peau, et peut occasionner des ulcérations profondes avec un pus âcre et irritant ; ainsi, comme un ver ronge les vêtements, cette affection détruit la peau, et de là lui est venu le nom de «Tinea».

Jusqu'à cette époque, donc, on rencontre des descriptions positives de l'eczéma, bien que le nom soit encore rarement employé et nullement dans sa signification actuelle. Lorry est le premier qui parle de nouveau fréquemment de ἐκζέματα ~~sive ἐκζέσματα~~ (2) ; mais par là il n'entend en aucune manière la maladie qu'on appelle ainsi aujourd'hui ; car il emploie ces termes dans le même sens que les anciens, de γαγγραινικαὶ νομαί, affections dont la description rappelle au lecteur les anthrax et les furoncles. On trouve plus loin (*loc. cit.*, p. 253), dans l'article «de Pustulis», une division des pustules en celles qui contiennent du pus et du sang, et celles qui sécrètent du sérum (*ichor aut serum acre, male coctum*). Lorry compte, parmi les dernières, les sudamina qui apparaissent dans les maladies fébriles qu'on appelait d'ailleurs ἵδρωα,

(1) Commentaria in Hermanni Boerhaave Aphorismos de cognoscendis et curandis morbis ». Hildburghausæ, 1773, liv. V, p. 590.
(2) « Tractatus de Morbis cutaneis ». Parisiis, 1777, cap. 3, p. 77.

κεγχρίας. Il mentionne encore des éruptions survenant sans fièvre sur la face et le tronc, « *lymphatico humore plenas* », et disparaissant en quelques jours sans aucun traitement; description qui se rapporte à un eczéma aigu, ou plutôt à un herpès. Le premier passage qui correspond clairement à l'eczéma dans le sens actuel du mot, se trouve au chapitre « *Crusta lactea* » (p. 445), dans lequel, sans établir comment les anciens appelaient la maladie qu'il décrit, il dit: « Il survient fréquemment chez les enfants, après une démangeaison persistante, des groupes de pustules, séreuses au début, mais bientôt remplies d'un mucus épais; elles donnent lieu à des croûtes jaunes verdâtres, fétides, et au-dessous desquelles il suinte un liquide muco-purulent visqueux. Il se produit des pustules semblables sur les parties adjacentes, de sorte que la peau entière est souvent défigurée, et la maladie peut persister des mois et des années. » Il faut, en outre, observer que: « Les joues sont souvent recouvertes (à l'époque de la dentition) d'écailles et d'ulcères occasionnant un prurit intense, et se desséchant rapidement sous forme de croûtes. Tandis que ces plaies guérissent sans laisser de traces sur la peau, d'autres régions, telles que les parties génitales, sont attaquées de la même manière ou atteintes seulement de démangeaison et de douleur. A la page 282, il parle d'une affection survenant chez les femmes indigentes pendant l'état puerpéral et dans des contrées marécageuses, sous la forme d'une *scabies humida*, avec des pustules sécrétant un liquide séreux, et constituant des croûtes minces se détachant facilement, en même temps qu'un prurit intense oblige le malade à excorier les parties affectées. Dans le même chapitre (p. 279) il rapporte que quand l'« acrimonia venerea » est traitée par le mercure, il en résulte fréquemment des herpès (*Eczema mercuriale*). Lorry remarque également (p. 457) que dans le cas d'écoulement de l'oreille, la peau de la partie externe de cet organe est souvent altérée et qu'elle est en même temps très-sujette à des maladies, notamment à un « *Herpes esthiomenus* » local, ou « *Humor lacteus infantum* ».

Dans la courte esquisse que Plenck (1) nous a laissée, on ne rencontre ni le nom ni la description de la très-fréquente maladie dont il s'agit ici. On ne trouve, tout au plus, des indications que dans ses remarques aphoristiques sur les *Exanthema subaxillare* (p. 83), *Crusta lactea infantum* (p. 77) et *Scabies capitis simplex, Tinea benigna s. achores* (p. 74), il peut avoir eu en vue des formes diverses d'eczéma.

(1) « Doctrina de Morbis cutaneis ». Viennæ, 1783.

En réalité, bien que l'on ait vu que le nom d'« Eczéma » date du VIe siècle, c'est seulement depuis l'époque de Willan qu'on y attache la signification que les auteurs lui attribuent aujourd'hui. Robert Willan place l'eczéma dans son sixième ordre des « Vesiculæ », et le définit comme une éruption non contagieuse de petites vésicules situées très-près les unes des autres. Il en admet quatre espèces qu'il décrit comme *E. impetiginosum*, *E. rubrum*, *E. solare* et *E. mercuriale*, et qu'il représente dans ses planches 55, 56, 57 et 58 (1). Bien que la voie fût ainsi ouverte à un diagnostic exact de l'eczéma, Willan décrivit et dessina seulement certaines formes de la maladie, et laissa ainsi à ses contemporains et à ses successeurs beaucoup à faire pour des recherches ultérieures.

On a notamment, et avec raison, objecté à sa description, qu'il donna différents noms à plusieurs phénomènes morbides qui appartiennent aux diverses périodes et variétés de l'eczéma, et en parcourant les figures de son atlas et le texte correspondant, on reconnaît, sans peine, dans le *Lichen agrius* (planche 4), dans le *Psoriasis diffusa* « particulier aux boulangers » (pl. 11), dans le *Psoriasis palmaris* (pl. 14), dans les espèces d'Impétigo qu'il appelle respectivement *I. figurata*, *sparsa* et *scabida* (pl. 34, 35, 36), et dans son *Porrigo larvalis*, *P. furfurans*, *P. favosa* et *P. faciei* (pl. 37, 38, 41 et 42), non autant de maladies distinctes, mais simplement des formes diverses provenant de l'eczéma.

Tandis que Bateman, Plumbe et d'autres contemporains de Willan, en Angleterre, acceptaient et reproduisaient ces noms et ces divisions de l'eczéma, Alibert introduisait à Paris une autre nomenclature et classification des variétés de la même maladie. Quoiqu'on ne trouve pas le terme « Eczéma » dans son premier système, celui qu'il publiait en dernier lieu, « Monographie des dermatoses » (1830), contient une classe de « Dermatoses eczematosæ ». Cette classe, cependant, ne correspond pas à l'eczéma proprement dit, et pour la description de cette maladie on est obligé de chercher dans ses deux ouvrages aux chapitres des Dartres et des Teignes.

On la trouve représentée comme teigne granulée (pl. 2), T. furfuracée (pl. 3), T. amiantacée (pl. 4), T. muqueuse (pl. 5), Dartre furfuracée volante (*Herpes furfuraceus volitans*, pl. 11), D. squameuse humide (*H. squamosus madidans*, pl. 13), qui correspond précisément à l'eczéma, D. squameuse orbiculaire (pl. 14), D. crustacée flavescente (*Me-*

(1) « Delineations of Cutaneous Diseases ». London, 1817.

tilagra flavescens, pl. 16), D. crustacée stalactiforme (*H. crustaceus stalactiformis procumbens*, pl. 17).

Cette classification des formes de l'eczéma par Alibert ne trouva pas d'imitateurs en France ni ailleurs, et l'exemple de Willan fut généralement suivi. Biett, dont les doctrines ont été développées par ses disciples Cazenave et Schedel (1), fut le premier qui, dans une judicieuse appréciation des différents phénomènes survenant pendant le cours de l'eczéma, divisa d'abord cette maladie en aiguë et chronique. Malheureusement il commit, selon moi, l'erreur de considérer l'*E. simplex*, *rubrum*, et *impetiginosum* comme des espèces d'*E. acutum*, et chercha à établir une distinction, impossible à démontrer, entre l'*E. impetiginosum* et le véritable eczéma. En effet, je n'ai jamais été à même de voir la différence existant entre des pustules (véritables pustules) comme caractère de l'impétigo, et des vésicules pustuleuses (vésicules pustuleuses) comme signe distinctif de l'eczéma impétigineux, — différence mise en avant par Biett (*loc. cit.*, p. 139), mais que dans son « Diagnostic » de l'eczéma, il lui a été impossible de soutenir par des arguments concluants.

Rayer (2) fit un pas de plus vers la connaissance complète de l'eczéma. Il suivit en partie la classification de Biett, mais montra la nécessité de distinguer les particularités locales de l'affection. On trouve en conséquence, dans son ouvrage, complétement et spécialement décrit : 1° l'eczéma du cuir chevelu ; 2° de la face ; 3° des oreilles ; 4° du sein, chez la femme ; 5° de la région ombilicale ; 6° des fesses, de l'anus, de la partie inférieure du rectum chez l'homme, ainsi que du prépuce et du scrotum ; 7° des régions correspondantes chez la femme, et de plus de la vulve et du vagin ; 8° des extrémités ; 9° du pli du coude, de l'aisselle et du creux poplité ; et enfin 10° des mains. Il ne faut pas oublier de mentionner que Rayer indiqua les divers symptômes que l'eczéma peut présenter dans sa marche (les différentes terminaisons de l'*eczéma*) et déclara qu'on avait décrit des formes de cette maladie, distinctes seulement en apparence, sous les noms d'Echauboulures, de Dartres vives, d'Herpès fongueux, *Scabies fera*, *S. agria*, Dartre et Teigne furfuracée, Teigne amiantacée, Dartre érysipélateuse, Croûte laiteuse, Teigne muqueuse, etc. (*loc. cit.*, p. 412). Les compatriotes de Rayer ont en général accepté ses opinions et les ont reproduites dans leurs écrits sans commentaires bien impor-

(1) « Abrégé pratique des maladies de la peau », par H. E. Schedel et Alphée Cazenave ; 4e édition. Paris, 1847.

(2) « Traité des maladies de la peau », par P. Rayer. Paris, 1835.

tants. On trouve dans les œuvres de Gibert (1), Chausit (2), Devergie (3), Cazenave (4), Duchesne-Duparc (5), Hardy (6), Rochard (7), des vues presque identiques sur la nature, le cours, la cause et le traitement des eczémas; et, en règle générale, c'est seulement sur l'arrangement et la nomenclature de quelques subdivisions que ces auteurs diffèrent. Devergie, par exemple (*loc. cit.*, p. 230), divise l'eczéma :

a. D'après son type, en *E. simplex*, *E. compositum*, le dernier comprenant les variétés impétigineuse, lichénoïde, herpétiforme et squameuse (« *Eczéma psoriasiforme* »).

b. D'après la forme de l'efflorescence, en *Eczéma amorphe nummulaire* (c'est-à-dire en plaques arrondies disséminées), *Eczème fendillé* et *Eczema unisquamosum.*

c. D'après la région affectée, en eczéma diffus ou général et en variétés localisées à la tête, aux oreilles, à la racine du nez, au mamelon, à l'ombilic, à la vulve, au scrotum et aux cuisses.

d. D'après sa marche, en *E.* aigu (*E. simplex rubrum*) ou chronique.

e. D'après sa durée, en *E. fugax*, *E. persistens*, etc.

Ces subdivisions ne se distinguent pas par des signes suffisamment tranchés. Devergie, en outre, attache trop d'importance aux quatre caractères diagnostiques de l'eczéma qui, d'après lui, sont : 1° rougeur de la surface affectée; 2° démangeaison plus ou moins persistante; 3° sécrétion d'un liquide transparent, se desséchant sur le linge de la même manière que le sperme; 4° présence de petits points rouges sur la peau (état ponctué), laissant suinter la sérosité.

Sans contester l'exactitude de ces quatre signes de l'eczéma, je remarquerai seulement qu'ils ne comprennent pas tous les symptômes de cette affection; ainsi, quelques formes de la maladie qui méritent incontestablement ce nom, telles que l'eczéma vésiculeux, l'*E. solare* de Willan, ne présentent pas un seul des caractères diagnostiques indiqués par Devergie.

Hardy pense que, pour arriver à une connaissance plus exacte de l'eczéma, il faut diviser sa marche en trois périodes, et de plus distin-

(1) « Traité pratique des maladies spéciales de la peau », par C. M. Gibert, 2e édition. Paris, 1840.

(2) « Traité élémentaire des maladies de la peau », par Maurice Chausit. Paris, 1853.

(3) « Traité pratique des maladies de la peau », par Alphonse Devergie. Paris, 1854.

(4) « Leçons sur les maladies de la peau », par P. L. Alphée Cazenave. Paris, 1856.

(5) « Traité pratique des dermatoses », par L. V. Duchesne-Duparc. Paris, 1859.

(6) « Leçons sur les maladies de la peau » (publiées par le docteur Moysant). Paris, 1858.

(7) « Traité des maladies de la peau », par Félix Rochard. Paris, 1860.

guer les variétés suivantes, c'est-à-dire : 1° suivant son apparence (variétés suivant l'aspect), *E. simplex*, *E. rubrum*, *E. fendillé* et *E. impetiginosum*; 2° suivant sa configuration, *E. figuratum*, *E. nummulare*, *Impetigo sparsa* et *E. diffusum*; 3° selon son siége, *E. pilare*, *E. capitis*, *E. faciei*, *E. mammarum*, *E. umbilici*, *E. genitalium*, *E. manuum* et *pedum*.

Si les opinions que je développerai sont exactes, cette classification est à la fois trop étendue et trop restreinte, admettant ce qui est superflu et négligeant ce qui est essentiel (1).

Tandis que l'école française perfectionnait avec plus ou moins de succès le diagnostic et la thérapeutique de l'eczéma, les médecins anglais suivaient très-exactement les doctrines de Willan et de Bate-

(1) M. Bazin divise également la marche de l'eczéma en trois périodes; mais, pour ce dernier auteur, il existe deux grandes classes d'eczéma, des eczémas de cause externe et des eczémas de cause interne. L'eczéma de cause externe se subdivise en eczéma artificiel et eczéma parasitaire. M. Bazin admet encore un eczéma pathogénétique consécutif à l'absorption du mercure.

L'eczéma de cause interne est symptomatique de trois maladies constitutionnelles : la scrofule, la dartre et l'arthritis. L'eczéma scrofuleux a été aussi désigné par le même auteur sous le nom de *scrofulide bénigne exsudative*.

Quant à l'eczéma arthritique, « il se présente sous la forme de petites plaques nummulaires bien circonscrites, dont les bords nettement limités sont quelquefois festonnés, et qui occupent les parties découvertes du corps, c'est-à-dire le front, les lèvres et principalement la lèvre supérieure, la nuque, les tempes, le dos des pieds et des mains, les parties génitales, les mamelles, etc., quelquefois la ligne médiane, mais plus souvent un seul côté du corps; l'asymétrie constitue, en effet, un des principaux caractères des affections arthritiques. Ces plaques eczémateuses sont petites, dépassent rarement les dimensions d'une pièce de 5 francs et sont séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine; quelquefois, cependant, plusieurs petites plaques peuvent se réunir et donner ainsi naissance à une surface eczémateuse assez considérable. Quel que soit d'ailleurs le siége qu'elles occupent, elles offrent une sécheresse remarquable, sont recouvertes de squames minces ou de croûtes jaunâtres et lamelleuses, sont le siége à leur début d'une démangeaison assez vive, qui ne tarde pas à faire place à des élancements et des picotements, offrent souvent une coloration violacée, et à leur pourtour des dilatations variqueuses des vaisseaux capillaires du derme ». (Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau*, t. I, p. 192.)

L'eczéma arthritique offre des variétés suivant le siége, la marche et la configuration. Quant à l'eczéma herpétique, il occupe à la fois, suivant M. Bazin, la section des herpétides pseudo-exanthématiques et celle des herpétides humides : 1° Eczéma rubrum ou eczéma pseudo-exanthématique; 2° eczéma herpétique chronique qui présente deux formes : la forme inflammatoire et la forme sécrétante.

Sans vouloir entrer dans une discussion qui ne saurait d'ailleurs trouver sa place ici, sur la nature de l'eczéma, nous sommes disposés à admettre, comme M. le professeur Hardy, que l'eczéma est la manifestation d'une seule et même diathèse, de la diathèse dartreuse. Cela ne saurait du reste vouloir dire que l'eczéma ne puisse se rencontrer chez les individus rhumatisants ou goutteux aussi bien que chez ceux exempts de ces maladies constitutionnelles; mais on n'est pas, croyons-nous, autorisé à établir entre ces affections un rapport réel de cause à effet, non plus même qu'à admettre pour chacune de ses variétés une symptomatologie qui, en l'absence de tout renseignement autre que l'examen de la dermatose, conduise à deviner si elle siége sur un scrofuleux, sur un arthritique ou sur un dartreux proprement dit. (A. D.)

man, ou avaient consciencieusement traduit les ouvrages de leurs contemporains de l'autre côté du détroit, sans y ajouter rien de leur propre fonds. On trouve, en conséquence, dans les ouvrages de Jonathan Green (1), de Samuel Plumbe (2) et d'Antony Todd Thomson (3), les enseignements des écrivains français, et spécialement ceux de Rayer, fidèlement reproduits. Ces médecins anglais dirigeaient leurs principaux efforts non à déterminer la nature du changement morbide de la peau dans l'eczéma, mais bien plutôt à découvrir des traitements curatifs; en dépit, cependant, de toute leur énergie et du libre emploi de nombreux remèdes internes et externes, ils ne réussirent jamais à atteindre le but auquel ils tendaient. Tous les médecins anglais, sans exception, mais particulièrement Hunt (4), prescrivirent surtout l'arsenic, et considérèrent ce médicament comme la panacée universelle contre toutes les maladies de la peau; ils ne se bornèrent même pas à cette indication, car chacun d'eux, au même moment et avec une égale ardeur, parla d'un traitement antiphlogistique porté par chacun à son extrême limite, en partie par des préparations mercurielles, en partie par des purgatifs drastiques.

Quoique Erasmus Wilson (5), le plus fécond des dermatologistes anglais, rende hommage à la fois, dans ses premiers comme dans ses plus récents ouvrages, aux mêmes principes que le reste de ses compatriotes, il fait cependant une exception digne d'être citée en développant un plus grand nombre d'idées originales, et en s'adressant, pour le soulagement et la guérison de l'eczéma, non-seulement aux remèdes internes, mais aussi aux applications locales. Je ne puis cependant admettre la justesse de certains points de sa nomenclature et de sa classification qui manquent de rapport logique et du *lumen siccum* indispensable dans un ouvrage scientifique. Par exemple, je ferai d'abord remarquer que sa division de l'eczéma en aigu, chronique et local, est inadmissible, parce que ces classes ne s'excluent pas mutuellement; quant à l'eczéma local, comme c'est bien connu, tantôt il se présente à l'état aigu, tantôt à l'état chronique. Outre cela, la sub-

(1) « Practical Compendium of Diseases of the Skin, » by Jonathan Green. Une traduction fut publiée à Weimar en 1836.

(2) « A Practical Treatise on Diseases of the Skin, » by Samuel Plumbe. London, 1837.

(3) « A Practical Treatise affecting the Skin », par feu Anthony Todd Thomson, M. D., complété and édité par Edmund A. Parkes, M. D. London, 1850.

(4) « Practical Observations on the Pathologie and Treatment of Certain Diseases of the Skin », by Thomas Hunt. London, 1847.

(5) « On Diseases of the Skin », by Erasmus Wilson; 5e édition. London, 1863. — « Portraits of Diseases of the Skin », par le même auteur. London, 1847.

division de la forme aiguë en *E. simplex*, *rubrum*, *impetiginodes* et *infantile*, me paraît inexacte, parce que ces variétés de la maladie peuvent aussi bien suivre un cours chronique qu'une marche aiguë, et peuvent également se rencontrer chez les adultes et chez les enfants. Mais on doit encore plus regretter que M. Wilson ait sans aucune justification identifié l'eczéma chronique avec le psoriasis; innovation qui n'a été d'aucune utilité à la science, et a seulement augmenté le chaos déjà assez grand de la nomenclature dermatologique. A part de telles erreurs (que ce savant auteur corrigera sans doute dans une nouvelle édition de son ouvrage), on trouve dans les écrits de Wilson des observations et une expérience qui témoignent d'une connaissance approfondie de la nature de l'eczéma.

Il est très-regrettable que les écrivains allemands ne se soient occupés de la dermatologie qu'avec une si grande négligence et se soient contentés de la traduction d'ouvrages anglais et français sur cette matière. Ainsi, dans le traité si étendu de Joseph Franck (1), on ne rencontre pas un seul chapitre spécial réservé à l'eczéma; il faut parcourir une foule de citations et de noms pour arriver aux rares passages dont les seuls initiés au sujet peuvent se hasarder à conclure ce que l'auteur entend par eczéma. Dans le dix-huitième chapitre de cet ouvrage, il est question, sous la dénomination générale de « dartres » (*Flechten*), d'une variété miliaire qui correspond en partie à l'eczéma, mais renferme aussi le psoriasis, l'herpès iris, l'herpès præputialis, l'impétigo et le lichen comme formes secondaires. Il est impossible de porter un meilleur jugement sur l'ouvrage de Frank qu'en appliquant à l'auteur une de ses propres appréciations : « Bateman a introduit le désordre dans l'étude de ces maladies ».

Ce fut cette raison qui fit accueillir avec bonheur le premier ouvrage original et intelligible de dermatologie qui parut en Allemagne; il était de Fuchs (2). Mais quoiqu'il traite complétement et à fond de maladies cutanées beaucoup moins importantes, il n'y a pour l'eczéma qu'un très-petit et tout à fait insuffisant chapitre. L'auteur forme la cinquième famille de ses « Dermatoses », de celles appelées eczématoses, et les définit comme de simples anomalies de sécrétion résultant d'affections du sang et se traduisant par des congestions plus ou moins distinctes des téguments. C'est dans cette famille, parmi les maladies

(1) « Die Hautkrankheiten », übersetzt von Dr Christian Gotthilf Voigt. Leipzig, 1843. Frank était professeur à Wilna, dans la Russie Polonaise, et son ouvrage fut publié en latin.

(2) « Die krankhafte Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge in nosologischer und therapeutischer Beziehung ». Göttingen, 1840.

les plus diverses de caractère et d'origine, — anomalies des glandes sudoripares et sébacées, teinte argentée de la peau, pityriasis et psoriasis, lichen et herpès, impétigo et strophulus, ecthyma, acné et séborrhée — qu'il range l'eczéma proprement dit sous le nom de psydracia (*loc. cit.*, vol. I, p. 181). Mais comme Fuchs, dans son amour des classifications, décrit dans la classe des « Dermatonoses » les maladies de la peau occasionnées par irritation locale, il est obligé d'introduire d'abord l'eczéma, comme nous l'avons vu, sous le titre de *Psydracia*, de nouveau parmi ses « Dermatostasen », comme *Arthrophlysis*, et une troisième fois dans la même famille, comme *Pygagria granulata*. Cette division d'une seule et même maladie selon sa cause supposée n'aidait naturellement pas à la faire comprendre, et pour cette raison Fuchs trouva peu de disciples parmi ses contemporains. On préférait en général la nomenclature de Willan, et le plus souvent on adoptait les idées des médecins français, comme l'indiquent l'excellente traduction et commentaires de Riecke (1). A la même époque, Friese (2) rendait d'immenses services à la propagation de la science dermatologique par la traduction des auteurs anglais, et Blasius, Struve, Behrend et Froriep (3), par la reproduction de planches anglaises.

Il ne faut pas non plus oublier de mentionner les travaux de Veiel, qui a été un des premiers parmi les médecins allemands à se consacrer à la thérapeutique trop négligée des maladies de la peau, et qui suivit à cet égard les principes des auteurs français. Il ne conserve pas dans tous ses ouvrages la même classification, car tandis que dans ses premières publications (4) il appelle toutes les maladies chroniques de la peau, dartres (Flechten), les divisant en dartres du sang et dartres de la peau ; dans ses derniers écrits (5), il classe toutes les affections cutanées en « fébriles » et « non fébriles », et subdivise les dernières en dix espèces, d'après le système anatomique. Par conséquent, il range l'ec-

(1) « Handbuch über die Krankheiten der Haut », von Dr V. A. Riecke. Dresden, 1841.

(2) « Die Hautkrankheiten und ihre Behandlung », von Robert Willan, übersetzt von F. G. Friese. Breslau, 1799 and 1806.

(3) « Practische Darstellung der Hautkrankbeiten nach dem systeme des Dr Willan, übersetzt von Ernst Blasius ». Leipsig, 1841. — Struve's « Uebersicht der Hautkrankheiten », Berlin, 1829. — « Ikonographische Darstellung der nicht syphilitischen Hautkrankheiten », von Dr F. J. Behrend, Leipsig, 1839. — Froriep's « Abbildungen der Hautkrankheiten ».

(4) « Grundzüge der Behandlung der Flechten in der Heilanstalt zu Cannstadt », von Dr Veiel. Stuttgart, 1843.

(5) « Jahresbericht der Heilanstalt zu Cannstadt », 1852, 1853, 1854. Berlin, 1855. — « Mittheilungen über der Behandlung der chronischen Hautkrankheiten », Stuttgart, 1862.

zéma au nombre des dartres sanguines, comme étant le résultat d'un excès d'albumine ou de matières salines; puis il lui assigne de nouveau une place dans la seconde classe anatomique, parmi les affections de la peau avec exsudation séreuse sous la forme de vésicule superficielle disséminée. Quant à l'étiologie de la maladie, il incline à croire qu'une prédisposition héréditaire est la cause la plus fréquente de son développement.

Gustave Simon (1) a beaucoup contribué à faire connaître l'anatomie des maladies de la peau en général, et particulièrement de l'eczéma et d'autres formes vésiculeuses, tandis que Wunderlich (2) et Niemeyer (3) ont fait plus attention à leur thérapeutique. Tout récemment, le docteur Anderson a publié une monographie sur l'eczéma (4), dans laquelle il suit en partie les opinions que j'ai moi-même émises, en partie celles de ses compatriotes et des auteurs français Hardy et Devergie. Finalement, j'ai communiqué à mes confrères, tout à la fois dans mes rapports et dans ceux de mes collègues, le résultat de mes observations personnelles et les opinions qui en découlent et qui seront complétement exposées dans les pages suivantes.

DÉFINITION. — On donne aujourd'hui le nom d'eczéma (5) à une maladie de la peau d'une marche en général chronique, caractérisée, soit par la formation de papules et de vésicules agglomérées, soit par des plaques rouges plus ou moins foncées recouvertes d'écailles minces, ou dans d'autres cas présentant une surface humide; dans chacune de ces formes, il peut en outre survenir des croûtes tantôt jaunes et gommées, tantôt vertes ou brunes. Cette affection est constamment accompagnée de violentes démangeaisons qui produisent des excoriations; elle n'est pas contagieuse.

Comme le lecteur le verra par cette définition, je comprends le terme d'eczéma d'une façon toute différente de celle admise jusqu'ici par les dermatologistes anciens et modernes. Je ne considère pas la formation des vésicules, et subséquemment celle d'une surface humide dépouillée de son épiderme comme suffisante à caractériser la ma-

(1) « Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert », von Dr Gustav Simon. Berlin, 1851.

(2) « Handbuch der Pathologie und Therapie », von Dr Wunderlich. Stuttgart, 1854, vol. II, part. 1, p. 767.

(3) « Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie », von Dr F. Niemeyer, Berlin, 1861, vol. II, p. 401.

(4) « A Practical Treatise upon Eczema, etc. », by T. M'Call Anderson, M. D. London, 1863.

(5) En allemand, Ekzem, Nässende Flechte, Salzfluss; en français, dartre squameuse humide; en anglais, moist tetter.

ladie; mais j'admets comme variétés de la même affection tous les changements morbides observés dans le cours du développement et de la rétrocession de l'eczéma vésiculeux ordinaire et humide. La preuve en est dans les faits suivants :

A. On est à même, par l'action d'irritants sur la peau, de produire l'eczéma, et l'on remarque alors que des vésicules ou des surfaces humides ne surviennent pas dans tous les cas; quelquefois on constate seulement de la rougeur et de la desquamation, d'autres fois des papules qui ne sont pas plus grosses que des têtes d'épingles, et accidentellement la formation rapide de pustules et de croûtes.

B. Il y a un grand nombre de cas dans lesquels on peut trouver sur le même malade, en un seul point, de petites écailles sur une surface rouge de la peau; dans un autre endroit, des papules miliaires rouges; dans un troisième, des élevures de l'épiderme remplies d'un liquide aqueux, et dans d'autres encore des surfaces en partie dépouillées de leur épiderme, humides, infiltrées, et recouvertes çà et là de points jaunes de suppuration ou de croûtes vertes et d'un brun jaunâtre.

C. L'observation de la marche de cas individuels d'eczéma permet de reconnaître que la plupart commencent par la formation de vésicules plus ou moins grosses, dont quelques-unes se transforment en pustules, d'autres se déchirent et forment des surfaces humides, d'autres enfin se recouvrent de croûtes jaunes; tandis que la peau environnante est envahie par une éruption papuleuse, ou est simplement rouge et le siége d'une desquamation. Vers la fin du processus morbide, toutes les pustules se seront converties en croûtes, et celles-ci, après leur complète dessiccation, se détachent et laissent les parties affectées recouvertes de squames légères, et plus ou moins rouges et infiltrées.

Les faits ci-dessus énoncés certainement suffiront, avec l'aide de l'observation clinique, pour conduire tous les médecins expérimentés à la même conviction où m'ont amené mes propres études, qu'il faut étudier l'eczéma sous cinq formes différentes. Attendu, cependant, qu'il y a encore des esprits sceptiques quant à l'exactitude de cette manière de voir, et des auteurs qui traitent la tentative de simplifier le diagnostic des maladies cutanées comme une fantaisie de ma part (1), je crois devoir émettre formellement les trois bases ci-dessus mentionnées en faveur de mon opinion :

A. Une simple expérience que tout le monde est à même de répéter sur

(1) Cf. Veiel's « Mittheilungen über die Behandlung der chronischen Hautkrankheiten, 1862, p. 104.

sa propre personne ou sur quelques malades, démontre d'une manière presque concluante l'identité de mes diverses formes d'eczéma. On peut, dans ce but, avoir recours à une application quelconque qui produira un eczéma artificiel, telle que l'huile de croton, avec laquelle on frictionnera les mêmes régions chez plusieurs individus, par exemple la surface interne de l'avant-bras, et sur une même étendue. Or, si l'expérimentateur n'a qu'un seul malade, ce dernier suffira; il faut alors choisir différentes parties du tégument, — les surfaces dans le sens de la flexion et de l'extension des extrémités, la paume des mains et la plante des pieds, la face, la poitrine, le dos, les parties génitales, — et une quantité convenable d'huile de croton, environ cinq gouttes, devront être soigneusement et également appliquées à l'aide d'un pinceau en poil de chameau sur tous ces points. Dans l'espace de quelques heures, il surviendra certains changements sur les régions telles que la face, le pli des articulations et les organes génitaux, changements qui ne présentent pas, toutefois, le même aspect dans tous les cas. Dans quelques points, comme sur le scrotum et le pénis, on observera un œdème et une rougeur très-prononcés, et souvent en outre d'innombrables *petites vésicules;* à la face, la tuméfaction sera en général plus grande, et les vésicules moins nombreuses; tandis qu'aux extrémités les orifices des follicules pileux seront tuméfiés, formant des *papules rouges*, et l'on y verra également disséminées çà et là des vésicules. Si maintenant on laisse ces parties sans applications ultérieures, soit irritante, soit médicinale, il en résultera, dans la grande majorité des cas, dans l'espace de quelques jours, un changement tel que la tuméfaction des papules et les vésicules auront complétement disparu, et qu'il restera seulement une légère rougeur et desquamation comme preuve d'une inflammation antérieure de la peau. Mais si le lendemain de la première expérimentation on applique de nouveau de l'huile de croton sur les mêmes régions, non-seulement on observera de nouvelles éruptions sur les points où la première application n'avait pas donné de résultat, mais celles qui existaient déjà prendront des caractères plus accusés et plus étendus, — de sorte que les papules déjà produites se transformeront en vésicules, parce qu'évidemment le degré de l'exsudation sous-épidermique aura augmenté et sera ainsi devenu visible sous l'épiderme. En règle générale, les effets de la seconde application se dissiperont aussi au bout de quelques jours, la rougeur et la desquamation de la peau constituant de nouveau ses dernières périodes. Si l'on fait une troisième application d'huile de croton sur les parties affectées, le processus morbide augmentera d'intensité et d'étendue. On

verra dans ce cas non-seulement les parties immédiatement en contact avec l'irritant se recouvrir d'un plus grand nombre de papules ou de vésicules, mais aussi la partie environnante de la peau qui n'a pas été touchée par le pinceau se trouvera comprise dans le cercle le plus excentrique et présentera les mêmes changements primitifs que l'on avait observés dans la partie originairement atteinte.

Un eczéma artificiel d'une telle intensité ne se terminera que rarement, comme je l'ai décrit ci-dessus, par desquamation. Dans beaucoup de cas, la quantité d'exsudation n'amènera pas uniquement la formation de vésicules, mais traversera les couches de l'épiderme qui les constituent, et par son suintement, produira des plaques humides ou sécrétantes.

Tandis que cette forme se développe sur certains points, le contenu d'autres vésicules qui ne se sont pas rompues se transforme en pus. Dans ce cas, les vésicules primitives deviennent *pustules*, et ainsi se produit une nouvelle variété de la maladie. De plus, l'action du pus sur les parties environnantes n'est pas sans influence sur la diversité des symptômes. La rougeur et la tuméfaction de la peau entourant chaque pustule augmentent, et la démangeaison qui accompagnait la formation des vésicules se change en une sensation douloureuse. Mais la différence existant entre le contenu des vésicules et celui des pustules se révèle encore par sa transformation ultérieure, car tandis que le premier semble disposé à sécher, mais non à former d'épaisses croûtes jaunes ou brunes, le pus que renferment les pustules, même sans contact direct avec l'air, se dessèche dans sa cavité épidermique et constituent des concrétions solides, d'aspect et de couleur variés, connues sous le nom de croûtes (1).

Après que l'eczéma est ainsi arrivé à son apogée, il commence à subir plus tôt ou plus tard des transformations régressives.

Aussitôt que le progrès s'arrête, et qu'il ne survient plus de nouvelle éruption, toutes les vésicules et les pustules se dessèchent graduellement, les croûtes ainsi formées sont comprimées par les parties saines de l'épiderme et se détachent enfin, laissant voir au-dessous la peau rouge, plus ou moins infiltrée et couverte d'écailles — débris morts de l'épiderme malade. Cet aspect est, en réalité, celui que j'ai déjà décrit comme survenant dans les formes les plus légères de l'eczéma.

Si maintenant on analyse les conditions morbides qui se manifestent dans le cours de l'eczéma ainsi artificiellement produit, on n'aura

(1) Cf. vol. I, p. 21.

aucune difficulté de réduire ces phénomènes à cinq ordres primitifs. D'abord ceux que l'on observe immédiatement après la première application d'huile de croton, qui sont caractérisés par l'éruption de *papules* et de *vésicules*; ensuite, le résultat de l'action continue du même irritant, la formation de *plaques rouges, sécrétantes;* puis l'état ultérieur provenant du développement de *pustules* et de *croûtes* des papules et des vésicules; et enfin la période de *rougeur* et de *desquamation*.

Si l'on applique des noms spéciaux à ces formes, je serai pleinement justifié en établissant comme règle que l'eczéma apparaît et suit son cours sous cinq formes distinctes qui, classées d'après leur degré d'intensité, sont :

1° *Eczema squamosum* (*Pityriasis rubra*).

2° *E. papulosum*, aussi appelé *E. lichenoides*, ou *Lichen eczematodes*.

3° *E. vesiculosum* (*E. solare* de Willan).

4° *E. rubrum* seu *madidans*.

5° *E. impetiginosum*, ou *E. crustosum* de quelques auteurs.

Celle de ces variétés qui résultera de l'application d'un irritant dépend de sa quantité et de sa force ; ainsi, la pommade de tartre stibié, la térébenthine, les cantharides, l'huile de croton ou de mézéreum, produiront des formes d'éruption plus intenses que les préparations de soufre, les sels de cuivre, de fer ou de zinc, ou que les savons de potasse et de soude. La durée de l'application est une autre cause de différence dans les effets. Les irritants passagers sont plus facilement supportés et causent moins de ravages que ceux dont l'action s'exerce plus longtemps, et spécialement ceux dont on use sans interruption. D'autre part, il faut tenir compte de la susceptibilité particulière du malade, qui peut varier à l'infini. Car tandis que dans certains cas la peau, aussi impressionnable qu'une plaque de daguerréotype, voit survenir une éruption eczémateuse sous le léger stimulant de la lumière, chez d'autres personnes elle supportera une violente irritation avant de manifester la moindre réaction. L'état de santé du malade à ce moment doit être également pris en considération ; car des individus qui ont supporté un irritant cutané sans en éprouver de fâcheux résultats lorsqu'ils étaient en bonne santé, peuvent, dès qu'ils deviennent souffrants, être en même temps atteints d'eczéma. En dernier lieu, les diverses régions de la peau diffèrent par rapport à leur sensibilité aux irritants ci-dessus indiqués. Ainsi, la peau des parties génitales, de la face et du pli des articulations témoigne d'un pouvoir moindre de résistance et est plus facilement attaquée par des éruptions eczémateuses que celle des surfaces externes des membres et du dos ; tandis qu'on observe

une moins grande impressionnabilité du tégument de la paume des mains et de la plante des pieds, qui est dépourvu de follicules sébacés.

B. Lorsque l'eczéma s'étend sur de larges surfaces de manière à comprendre en même temps le cuir chevelu, la face, le tronc et les extrémités, soit d'une manière continue, soit par plaques distinctes, il est rare que toutes les régions affectées le soient au même degré; on trouve souvent ses diverses variétés de forme représentées sur les différents points. Le cuir chevelu et la face sont plus fréquemment le siége d'un eczéma impétigineux, tandis que la peau de l'oreille externe, la partie postérieure du cou, l'aisselle, et les plis des articulations sont atteints d'*E. rubrum*, les extrémités d'*E. papulosum* et d'*E. vesiculosum*, et le tronc d'*E. squamosum*. Maintenant il sera, je pense, évident pour tout le monde que lorsqu'on trouvera toute la surface du corps attaquée à la fois, il sera plus naturel de supposer qu'on a affaire à une seule et même maladie, que, suivant les règles de diagnostic admises jusqu'ici, d'appeler l'affection du cuir chevelu porrigo, *Tinea mucosa*, ou *T. granulata*, ou achor; celle de la face, *Porrigo larvalis* ou *Impetigo faciei rubra*, ou *Crusta lactea s. serpiginosa*, ou *Melitagra flavescens*, tandis que l'on donnera seulement le nom d'eczéma aux plaques humides et vésiculeuses situées sur le tronc ou les extrémités. Bien plus, quant aux croûtes résultant de la dessiccation de l'exsudation eczémateuse, des auteurs ont préféré les désigner par le nom spécial d'impétigo et réserver celui de *Pityriasis rubra* aux parties rouges et qui sont le siége d'une desquamation, les séparant ainsi des autres phénomènes de la maladie.

Quiconque a eu seulement quelques occasions d'observer ces éruptions étendues d'eczéma dans leur forme plus rare, aiguë, ou à l'état chronique, plus fréquent, chez des adultes ou des enfants, partagera certainement ma manière de voir, que tous ces phénomènes sont des symptômes d'une seule maladie, de l'eczéma, et refusera d'accepter l'opinion du public et même de bon nombre de médecins qui déclarent que ce malade est atteint à la tête d'une teigne, d'une dartre sur le corps et aux mains d'une gale.

C. Mais l'observation de la marche naturelle d'une attaque d'eczéma fournit la preuve la plus irréfutable de la connexion existant entre ses différentes variétés. Dans un cas, une éruption de vésicules commence la série des symptômes; dans un autre, l'eczéma est précédé par des plaques rouges, écailleuses, ou des groupes de papules; ou des vésicules et des papules se développent en même temps, quelques-unes des premières se changent rapidement en pustules et forment des croûtes jaunes,

semblables à de la gomme par la dessiccation de leur contenu. Il en résulte évidemment que même la forme primitive de l'eczéma n'est pas nécessairement vésiculeuse, mais que des papules et des pustules confondues avec des vésicules, ou des plaques rouges et infiltrées peuvent marquer le début de la maladie. En outre, à mesure que l'éruption progresse, elle subit fréquemment un changement de forme. Non-seulement la surface rouge humide de l'*E. rubrum* apparaît après la chute des croûtes, mais aussi les parties primitivement affectées de vésicules éprouvent souvent des récidives répétées, et les couches superficielles de l'épiderme, étant ainsi détruites, laissent à découvert les couches plus profondes du réseau de Malpighi. Ces dernières surfaces humides présentent après peu de temps les croûtes décrites ci-dessus, et ainsi la forme de l'eczéma change avec le progrès de la maladie, jusqu'à ce qu'enfin, lorsque le processus exsudatif le plus actif a cessé, et qu'on est arrivé à la période d'évolution, on observe une surface plus ou moins infiltrée, rouge et en desquamation, que l'on peut appeler *E. squamosum* (*Pityriasis rubra*). Ici encore on admettra, je crois, que ces formes sont toutes des métamorphoses de l'eczéma, plutôt que de penser, d'après la doctrine de nos devanciers et même d'un certain nombre de nos contemporains, qu'une maladie s'est transformée en une autre ; l'eczéma en impétigo, porrigo, teigne, *Pityriasis rubra*, ou *Melitagra flavescens*.

J'ai ainsi démontré que l'on ne doit considérer certaines affections de la peau, mentionnées ci-dessus sous différents noms, que comme des parties d'une seule et même maladie, c'est-à-dire de l'eczéma. Il me reste à décrire plus particulièrement les formes de cette dermatose qui sont le résultat en partie de sa plus ou moins grande acuité, en partie des modifications secondaires dans la peau et le tissu sous-cutané occasionnées par la persistance de l'affection, et en partie enfin de sa localisation dans certaines régions.

Bien que des attaques d'eczéma suivent habituellement une marche chronique et même lente, elles présentent aussi, dans bon nombre de cas, un type aigu, et se terminent très-rapidement par la guérison ; il faut par conséquent, en premier lieu, séparer l'eczéma aigu de l'eczéma chronique. Et si l'admission d'un eczéma aigu a l'air d'être en contradiction avec les caractères de la maladie en général, et si sa place semble bien plutôt être parmi des inflammations aiguës de la peau, comme dermatitis et *Erysipelas vesiculosum*, je dois faire remarquer que dans la pratique il paraît exister une relation bien plus éloignée et une ressemblance bien moins prononcée entre ces désordres inflam-

matoires et l'eczéma aigu, qu'entre ce dernier et sa variété chronique. Ces deux faits, savoir : 1° que chaque attaque chronique d'eczéma présente la forme aiguë dans les premiers jours de son apparition, et ne diffère de cette dernière que par des récidives répétées dont chacune reproduit de nouveau le type aigu, 2° qu'une poussée primitivement aiguë d'eczéma se termine souvent en prenant un caractère chronique; ces deux faits, dis-je, constituent une preuve suffisante qu'on a affaire à une seule et même maladie sous une forme aiguë ou sous une forme chronique.

ECZÉMA AIGU.

L'eczéma aigu est caractérisé en général par la rougeur inflammatoire et la tuméfaction de la peau, mais pas au degré qu'on a l'habitude de voir dans les inflammations de cet organe κατ' ἐξοχήν, comme l'érysipèle, dans lequel l'intumescence cutanée occasionne une tension extrême, au point de convertir le tégument en une surface lisse et brillante. Au contraire, dans les cas d'eczéma, même les plus intenses, on ne voit jamais la peau tendue et luisante; mais on observe alors qu'elle est œdématiée, tuméfiée et recouverte d'un plus ou moins grand nombre de *petites vésicules,* contenant soit une sérosité aqueuse, claire, soit, quelquefois même dès le début, un liquide jaunâtre. Le volume de ces vésicules est également variable, celles qui sont jaunes étant habituellement beaucoup plus petites, tandis que celles qui renferment une sécrétion incolore, transparente, peuvent atteindre la grosseur d'une graine de chènevis ou celle d'un pois.

L'éruption de ces vésicules survient le plus souvent tout à coup, et se termine dans un espace de temps qui ne dépasse pas quarante-huit heures. Dans les cas les plus favorables, elles se dessèchent après une durée de six à huit jours; les couches épidermiques qui les recouvrent se détachent sous forme de squames minces, blanchâtres, ou parfois plus foncées, et laissent après elles une surface parfaitement normale. Les sensations qui accompagnent cette éruption sont celles de brûlure et de tension, et c'est seulement vers la fin de la période de desquamation que le malade se plaint d'une légère démangeaison. La participation du *système* au processus morbide est démontrée soit par de l'irritation, de l'insomnie et une sensation générale de frissons, sans augmentation de la fréquence du pouls, soit par de légers symptômes fébriles, qui coïncident avec l'éruption de vésicules et disparaissent au bout de quelques jours au plus. Une attaque d'eczéma suivant cette

marche a été souvent et est encore accidentellement confondue avec un érysipèle; mais elle en est, comme je l'ai démontré, essentiellement distincte.

Il arrive très-fréquemment que dans la deuxième semaine de l'attaque, de nouvelles poussées d'eczéma apparaissent tout autour des parties primitivement affectées, ou seulement sur certains points, ou bien encore dans des régions du corps entièrement différentes. Celles-ci ont une marche exactement semblable, et peuvent être elles-mêmes suivies, après un intervalle, par une troisième ou une quatrième attaque, dont chacune offre une marche aiguë; ou les récidives se succèdent si rapidement sur les parties originairement atteintes, qu'elles affectent l'apparence d'un eczéma chronique. Dans ces derniers cas, le malade éprouve de nouvelles sensations; une vive démangeaison le pousse d'une manière irrésistible à se gratter, et de ces nouveaux phénomènes morbides résultent toutes les variétés d'excoriations, et en outre des modifications plus profondes dans la peau, qui, successivement, passent par leurs propres séries de transformation.

L'eczéma aigu est, en outre, fréquemment suivi par la forme de la maladie résultant de la transformation rapide de la sérosité contenue dans les vésicules primitives en pus, et la dessiccation de ce dernier en croûtes jaunes semblables à de la gomme. Quelques dermatologistes ont distingué cette variété de l'eczéma, et Fuchs l'a décrite comme *Impetigo faciei rubra*, lorsqu'elle survient à la face; Alibert, comme *Melitagra flavescens*, et *M. nigricans*, et d'autres auteurs comme porrigo, *Crusta lactea*, etc.

Mais, comme je l'ai démontré plus haut, ce ne sont là que des formes de l'eczéma qui se manifestent non-seulement dans des cas chroniques, mais ont souvent une marche si rapide qu'on doit les comprendre dans la variété aiguë de la maladie (1). Lorsque le sérum

(1) Il est, en effet, d'un esprit philosophique autant que d'un homme pratique de diminuer le nombre des variétés en rapprochant les cas semblables. Nulle part plus qu'en dermatologie, le besoin de cette synthèse ne se fait sentir; et nous applaudissons de toute notre énergie à la suppression des divisions exagérées et à l'œuvre de fusion si méthodiquement tentée par Hebra dans les pages précédentes.

Du reste, le professeur Hardy avait depuis longtemps, et le premier en France, appelé l'attention des médecins sur cette question. Suivant ce dernier auteur, « l'eczéma et l'impétigo présentent, à part la forme anatomique de l'éruption elle-même » qui est pustuleuse dans celui-ci au lieu d'être vésiculeuse, le même début, les mêmes » symptômes, la même marche et le même mode de terminaison. Ajoutez que ces » deux affections se développent sous l'influence des mêmes causes, et qu'elles réclament le même traitement, et vous pourrez logiquement conclure qu'elles sont tout à » fait identiques. Il n'y a qu'une différence d'intensité dans le degré de l'inflammation, » qui est plus grande dans l'impétigo que dans l'eczéma ordinaire; or cette inflammation plus intense détermine des pustules au lieu de vésicules. Remarquons encore

exsudé dans une attaque d'eczéma s'est accumulé sous l'épiderme, ou l'a déchiré et a atteint la surface, il se dessèche, comme je l'ai décrit précédemment, en croûtes brunes et minces ou jaunes et gommeuses,

» que l'eczéma et l'impétigo succèdent souvent l'un à l'autre ou existent simultané» ment, et qu'il est quelquefois extrêmement difficile de dire où finit le premier et où » commence le second. Cette ressemblance entre ces deux maladies est tellement vraie, » que l'école anglaise et ses représentants ont été obligés, pour marquer la transition » du type à la variété, de créer, en quelque sorte, une forme intermédiaire, à laquelle » ils ont donné le nom d'eczéma impétigineux, parce qu'ils trouvent là réunis les deux » éléments qui, dans leur système, caractérisent ces deux éruptions : la vésicule et la » pustule. Pour nous, nous croyons bien plus rationnel et bien plus conforme à une » saine et rigoureuse interprétation des faits, de ne pas s'arrêter à ces distinctions » illusoires et purement accidentelles, et de ne considérer ces deux éruptions que » comme de simples variétés de la même maladie. Nous nc méconuaissons nullement » l'importance du diagnostic anatcmique; mais nous ne saurions lui accorder que la » valeur secondaire qu'il mérite. Dans le diagnostic de toute maladie, nous avons deux » choses à considérer : d'abord reconnaître la maladie elle-même, et ensuite préciser » la forme spéciale que peuvent leur imprimer le siége de l'affectiou, certaines circon» stances étiologiques, le tempérament du sujet, etc. C'est une loi de pathologie géné» rale qui s'impose aux dermatoses comme aux maladies viscérales, et dont on ne » saurait nier les conséquences pratiques. Toutefois le médecin doit bien se garder » d'intervertir l'ordre de prédominance de ces deux points de doctrine, et ne pas » oublier que la chose essentielle et capitale est de savoir à quelle maladie il a affaire; » c'est en effet sur cette seule connaissance que reposent ordinairement le pronostic et » le traitement. La notion de variété et de forme ne doit venir qu'en seconde ligne, » car le plus souvent elle n'est que spéculative, et les modifications qu'elle apporte » quelquefois au traitement n'ont qu'une importance secondaire, sinon insignifiante. » (*Leçons sur les maladies dartreuses*, professées à l'hôpital Saint-Louis par le docteur Hardy, 3e édit., 1868, p. 82, 83 et 84.)

Suivant M. Bazin, l'impétigo offre assurément plus d'une analogie avec l'eczéma, mais malgré les points de ressemblance que ces deux maladies ont entre elles sous certains rapports, le genre impétigo se distingue, d'après cet auteur, de l'eczéma :

1° « Par son élément initial, qui est une vésico-pustule d'emblée purulente, tandis » que l'eczéma débute par des vésicules remplies d'une sérosité transparente;

2° » Par ses croûtes, qui sont épaisses, jaunâtres, rugueuses, inégales, tandis que » l'eczéma, même dans sa forme impétiginode, ne donne lieu qu'à des squames minces, » molles, plus larges que saillantes;

3° » Par son étendue généralement moins considérable, et par sa marche plus rapide » et sa durée plus courte;

4° » Enfin, par son pronostic, qui est généralement moins sérieux; il récidive moins » fréquemment que l'eczema, et les cas de répercussion sont encore à démontrer. » (Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. II, p. 160.)

Aussi ajoute-t-il : « Ces deux affections possèdent, à toutes les périodes de leur » existence, des signes différentiels d'une indiscutable valeur ».

Si la plupart des dermatologistes français ont mis en un rang distinct le genre impétigo, l'accord n'est plus le même quand il s'agit de lui trouver une place dans la classification dermatologique. L'école anatomique représentée par MM. Devergie, Cazenave, etc., l'a mis parmi les pustules, et celle d'Alibert parmi les dartres. Quant à M. Hardy, nous avons vu qu'il en fait une variété de l'eczéma. M. Bazin classe l'impétigo, considéré comme affection générique, dans l'ordre des pustules, entre la miliaire blanche et l'acné pustuleux; suivant sa nature, c'est-à-dire comme *espèce*, cette dermatose peut, dit-il, appartenir à deux grandes classes d'affections cutanées :

1° Tantôt il est artificiel ou de cause externe (impétigo artificiel, impétigo parasitaire);

2° Tantôt il est constitutionnel ou de cause interne (impétigo scrofuleux, impétigo dartreux ou métilagre, impétigo syphilitique).

Les objections que M. Bazin élève contre la fusion de l'impétigo avec l'eczéma ne

sous lesquelles l'épiderme se reforme et après leur chute présente une légère teinte rouge. L'eczéma qui affecte cette marche peut s'observer non-seulement sur quelques points, mais encore sur toute la surface cutanée, depuis le sommet de la tête jusqu'à la plante des pieds. Il n'existe pas une seule région que l'on puisse considérer comme à l'abri d'une attaque aiguë de cette affection; mais certaines parties sont plus fréquemment envahies que d'autres, et l'on peut ainsi indiquer comme les variétés locales les plus importantes d'eczéma aigu les suivantes (1):

1° *E. acutum faciei.*
2° *E. acutum genitalium (penis et scroti).*
3° *E. acutum manuum et pedum.*
4° *E. acutum universale.*

nous semblent point justifiées; en effet, s'il est vrai, comme il le reconnaît lui-même, qu'eczéma et impétigo représentent deux degrés de la dermite; que dans les eczémas artificiels, on constate tantôt une éruption simplement eczémateuse, tantôt une éruption impétigineuse (les expériences faites par Hebra à l'aide de l'huile de croton en sont une nouvelle démonstration), nous ne voyons point pourquoi la maladie cesserait d'être la même, lorsqu'il se produit d'emblée une pustule par suite d'une inflammation plus intense.

«Mais l'eczéma impétigineux ne débute jamais par une pustule ou une vésico-pustule, insiste M. Bazin, mais toujours par une vésicule dont la sérosité se trouble rapidement et devient purulente; en un mot, l'impétigo est caractérisé par l'existence d'une pustule et non d'une vésicule ou d'une vésico-pustule, et par conséquent ces deux affections présentant un élément primitif différent, on doit considérer l'eczéma et l'impétigo comme deux genres distincts».

Eh bien, les motifs donnés par le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis pour faire de l'impétigo un genre à part ne sauraient nous convaincre; nous persistons à croire qu'il n'y a entre ces deux variétés de la même affection qu'une différence dans l'intensité du processus inflammatoire. Dans l'eczéma impétigineux ne voit-on pas des vésicules et des pustules coïncider ou bien se succéder à bref délai? De quel droit, alors, créer deux genres différents pour cette simple différence anatomique? Cette différence dans la lésion élémentaire, lorsqu'on l'observe, ne doit-elle pas bien plutôt être rapportée non-seulement à une inflammation plus prononcée dans un cas que dans l'autre, mais aussi, et pour une bonne part, à des conditions particulières de tempérament? Sur ce point, nous avouons différer essentiellement du professeur allemand: les diathèses, les causes générales, comme l'a démontré M. Hardy, ont sur la production des lésions anatomiques une influence prépondérante que l'école de Vienne néglige complétement et qui élève entre les doctrines dermatologiques des deux pays une opposition que nous aurions dû signaler si elle n'était aussi visible presque à chaque page de l'œuvre que nous traduisons. Nous ne regrettons pas de l'avoir, malgré notre dissidence, mise en pleine lumière; car il est essentiellement profitable à la science de connaître et de discuter les doctrines les plus opposées quand elles émanent réciproquement d'hommes voués au culte de la vérité et qui n'ont pas d'autre mobile que le progrès de la science. C'est par l'apport franc et complet de toutes les données d'une question et par le choc des opinions les plus contraires que la clarté régnera et que nécessairement l'accord se fera un jour sur toutes les doctrines et sur tous les faits contestés qui rendent, aujourd'hui encore, si difficile l'étude de la dermatologie. (A. D.)

(1) A propos des variétés établies d'après le siége ou l'aspect, nous rappellerons ici que M. Bazin n'y attache qu'une importance secondaire. On a pu voir déjà par la lecture de l'œuvre du chef de l'école dermatologique allemande, quelles divergences pro-

Eczéma aigu de la face.

Deux des phénomènes caractéristiques ci-dessus mentionnés de l'eczéma aigu en général, la rougeur et la tuméfaction, sont bien marqués dans cette variété. Quant aux vésicules, il n'en existe au contraire là que rarement; de sorte que c'est seulement par une observation atten-

fondes le séparent de l'enseignement de l'hôpital Saint-Louis et particulièrement de celui de l'auteur des *Affections génériques de la peau.* Des différences non moins grandes existent entre les idées générales défendues par M. le professeur Hardy, et les opinions exclusivement localisatrices du médecin de Vienne. Il serait aussi fastidieux que difficile de relever ces oppositions toutes les fois que l'occasion pourrait s'en présenter : ce serait presque nous obliger d'écrire à chaque page un double commentaire, et telle n'est point la mission que nous nous sommes donnée. Notre but est tout autre, nous voulons simplement faire connaître à nos compatriotes une œuvre qui jouit de l'autre côté du Rhin d'une grande et légitime autorité et leur permettre d'apprécier l'importance de travaux qui, bien que conçus dans un tout autre esprit que ceux auxquels est due la réputation de l'école dermatologique française actuelle, n'en méritent pas moins une très-sérieuse attention et contribueront sans doute aussi pour une bonne part à l'édification de la science.

Pour M. Bazin, avons-nous dit, les espèces et variétés de l'eczéma ne sauraient se déduire seulement du siége de la maladie. Selon cet auteur, il existe deux grandes classes d'eczéma, ceux de cause externe et ceux de cause interne.

L'eczéma de cause externe se subdivise en eczéma artificiel ou dû à l'action de substances irritantes, et en eczéma parasitaire tenant à celle de parasites.

L'eczéma de cause interne peut être symptomatique de trois maladies constitutionnelles : la scrofule, la dartre et l'arthritis.

Aussi, après avoir fait le diagnostic anatomique de l'eczéma, après l'avoir reconnu comme espèce dermatologique, s'attache-t-il immédiatement à compléter son diagnostic en le classant dans un des groupes que je viens de mentionner ; c'est là la partie caractéristique de son œuvre, celle qui la distingue de tous les autres systèmes. Nous renvoyons à l'*eczema marginatum* ce que nous avons à dire de l'eczéma parasitaire admis par M. Bazin.

Quant à l'eczéma arthritique, ce n'est point ici le lieu de discuter les caractères des éruptions attribuées à l'arthritis par le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis. Nous nous bornerons à les énumérer rapidement. Cette affection se présente sous la forme de petites plaques nummulaires circonscrites, à bords nettement limités, occupant les parties découvertes du corps, le front, les lèvres et principalement la lèvre supérieure, la nuque, les tempes, le dos des pieds et des mains, les parties génitales, les mamelles, etc., le plus souvent asymétriques, offrant une sécheresse remarquable, recouvertes de squames minces ou de croûtes jaunâtres et lamelleuses. Au début, ces plaques sont le siége d'une démangeaison à laquelle succèdent assez rapidement des picotements et des élancements. Enfin cet eczéma a une marche chronique ; ses récidives ont lieu aux mêmes endroits occupés par les premières éruptions ; il n'a pas de tendance à se généraliser et disparaît même à une certaine époque de la vie du malade, soit parce que la maladie constitutionnelle subit un temps d'arrêt, soit parce qu'il fait place à des manifestations arthritiques d'une période plus avancée.

J'ai déjà laissé voir dans un autre endroit (voy. p. 414) combien je suis peu disposé à admettre des affections cutanées arthritiques ; je ne puis que renouveler ici la même déclaration restrictive, sans pour cela toutefois contester le moins du monde qu'on observe l'eczéma chez les goutteux et les rhumatisants, et que la dartre puisse compliquer une autre diathèse, mais aussi sans voir dans de semblables coïncidences un rapport réel de cause à effet.

Quant à l'eczéma scrofuleux qui se présente principalement sous la forme impétigineuse, les caractères qui le distinguent sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les rappeler ici. Mais les symptômes particuliers spéciaux qu'offrent ces scrofulides

tive de la figure vue de profil et éclairée par côté, qu'il est possible de les distinguer sous forme de petites élevures presque papuleuses de la peau. Le gonflement des paupières, quoiqu'à un degré variable, est un symptôme constant; il se distingue de l'œdème ordinaire en ce qu'il n'offre pas cet aspect luisant produit par une tension extrême. La peau de la paupière, dans l'eczéma, présente une surface inégale, granuleuse (*drusig*) et écailleuse, elle est fréquemment si tuméfiée que le malade est dans l'impossibilité d'ouvrir les yeux. Lorsque l'oreille externe est envahie, la tuméfaction est également considérable, de sorte que la partie extérieure de l'oreille se projette sur le côté de la tête. Il n'est pas rare d'observer purement et simplement dans cette région des vésicules avec leur contenu aqueux.

La tuméfaction concomitante de la peau du méat externe détermine une dureté de l'ouïe, qui cesse, toutefois, avec l'état morbide qui l'a occasionnée. Dans ces cas, le malade éprouve les sensations mentionnées ci-dessus de tension, de brûlure et d'irritation comparables au contact d'un vêtement de flanelle rude au toucher, avec une légère démangeaison pendant la période de desquamation. Les seules particularités qu'offre l'eczéma aigu de la face quant à sa marche, sont sa disposition aux récidives, sans qu'il soit toujours possible de leur assigner une cause, et la fréquence inévitable des attaques successives qui, au

bénignes sécrétantes sont sous la dépendance du tempérament lymphatique, de la scrofule des sujets qui sont affectés de cette forme d'eczéma. Nous admettons donc, comme M. Hardy, la coexistence de la scrofule et de la dartre, les manifestations de cette dernière maladie étant, dans ces cas, modifiées par les qualités particulières du terrain dans lequel elle se développe.

Les diverses régions du corps qui sont habituellement envahies par l'eczéma peuvent être le siége des différentes espèces décrites par M. Bazin; et, suivant cet auteur, il serait toujours possible de reconnaître l'eczéma arthritique à des symptômes caractéristiques; il en serait de même des eczémas dartreux et scrofuleux qui, bien que présentant entre eux des analogies évidentes, pourraient encore être différenciés assez facilement.

Pour M. le professeur Hardy, l'eczéma est toujours la manifestation d'une seule et même diathèse, de la diathèse dartreuse. J'ai rappelé, pages 415 et 416, quelle est la signification que l'auteur attache à cette expression et quels sont les caractères de cette maladie constitutionnelle, je n'ai pas à y revenir ici. Il s'ensuit qu'une fois l'affection reconnue, sa nature ne saurait être douteuse.

Mais, s'appuyant sur le fait que « la localisation d'une maladie (et ceci est notamment vrai pour l'eczéma) dans telle ou telle région du corps lui imprime un cachet tout spécial et un aspect tout particulier qui en dissimule plus ou moins la physionomie habituelle », il pense qu'il est essentiel de mentionner les moindres particularités que peut présenter l'eczéma dans les diverses régions où on le rencontre le plus habituellement. Aussi dans ce but divise-t-il l'eczéma en neuf variétés qui représentent les plus connues et les plus importantes. Bien entendu que, aux éléments de diagnostic fournis par les apparences extérieures, il faudra toujours joindre, dans les cas obscurs, la recherche exacte des antécédents, pour asseoir un jugement définitif.

(A. D.)

début, séparées par des intervalles considérables, arrivent graduellement à la forme chronique de la maladie.

Eczéma aigu des organes génitaux.

On trouve dans l'eczéma de ces régions un groupe de symptômes analogue à celui que je viens de décrire. Ici également la rougeur et la tuméfaction sont plus prononcées que l'exsudation sous-épidermique ou les vésicules ainsi produites. On peut remarquer que cette forme d'eczéma attaque les hommes plus fréquemment que les femmes, et qu'elle est quelquefois limitée au pénis, parfois au scrotum, et d'autres fois encore qu'elle les affecte tous les deux aussi.

a. *E. acutum penis.* — La maladie se manifeste toujours dans cette région d'une manière brusque; on peut constater ses progrès heure par heure, et elle survient fréquemment dans l'espace d'une seule nuit. Le premier symptôme est en général une sensation de brûlure, rapidement suivie de tuméfaction et de rougeur, avec une augmentation excessive de volume. Le prépuce est très-fortement œdématié, déterminant ainsi un phimosis ou un paraphimosis, et sur la surface tendue de la peau on voit survenir un nombre considérable de petites vésicules, pas plus grosses que la pointe d'une aiguille, et qu'on ne parvient à distinguer qu'en les éclairant par côté. Au bout de quelques jours, cette série de symptômes disparaît habituellement, et il reste une quantité notable d'épiderme mort, ancienne enveloppe des vésicules. Quelquefois il ne se manifeste aucune tendance aux rechutes; mais dans d'autres cas une attaque aiguë est le point de départ d'un eczéma chronique consécutif, qui est souvent de longue durée, et qui s'accompagne de certaines sensations plus ou moins pénibles que j'indiquerai ultérieurement (voyez *infra*, page 520).

b. *E. acutum scroti.* — Lorsque le scrotum est affecté d'eczéma, on observe une tuméfaction et une rougeur analogues de la peau, mais les vésicules sont plus prononcées, et une fois rompues elles laissent exsuder à la surface une quantité considérable de sécrétion liquide, qui tache le linge de la même manière que le fluide spermatique, et donne lieu promptement à une odeur désagréable par suite de sa décompostion rapide. Ce dernier résultat est surtout remarquable lorsque, après des attaques répétées d'eczéma aigu, il s'établit un certain état transitoire à forme chronique. Dans quelques cas, la sécrétion est si abondante que, au premier coup d'œil, il est très-

facile de prendre la maladie non pour un eczéma, mais pour une gonorrhée intense. Le linge en contact avec le scrotum est imbibé du liquide sécrété, et paraît si jaune et si roide, que cette erreur de diagnostic s'impose d'une manière presque irrésistible.

c. Lorsque le scrotum et le pénis sont tous les deux envahis par l'eczéma aigu, les différences mentionnées ci-dessus deviennent très-évidentes; le pénis est tuméfié et infiltré, mais sec; le scrotum est baigné d'humidité. Le diagnostic est en conséquence facile, et le cours de la maladie le même que celui que je viens de décrire pour les variétés survenant isolément.

Eczéma aigu des mains et des pieds.

On voit souvent cette variété associée à l'eczéma de la face, des parties génitales ou d'autres régions, mais elle peut aussi survenir seule. Elle débute en général par l'éruption d'une multitude de vésicules remplies d'une sérosité claire comme de l'eau, de la grosseur d'une graine de chènevis à celle d'un pois, souvent sur un ou deux doigts, mais quelquefois sur plusieurs, ou sur la paume aussi bien que sur le dos de la main; elles sont accompagnées de tuméfaction, mais jamais, au début, de rougeur. Au bout de quelques jours, les vésicules ont augmenté de volume, et çà et là constituent des bulles. Un peu plus tard elles se dessèchent, et ne persistent que sous forme de petites squames brunâtres, laissant après elles une surface parfaitement saine. Le malade éprouve au commencement une sensation analogue à celle que donne des gants de laine sur les mains, et plus tard il survient de la démangeaison.

Lorsque la peau est très-tuméfiée, les mouvements des doigts et des orteils sont complétement abolis; et dans des cas d'eczéma aigu des pieds il devient difficile, et à la fin impossible, de marcher ou de se tenir debout, même de porter des bas. Cette variété de l'affection peut aussi, après des poussées réitérées de vésicules, revêtir un caractère chronique, et cela d'autant plus facilement que les récidives ont été plus rapprochées. Si, cependant, les poussées sont séparées par de longs intervalles, si, par exemple, elles se reproduisent seulement chaque année ou tous les six mois, la maladie ne présente jamais les caractères de la forme chronique, mais simplement les phénomènes que j'ai déjà signalés, et l'on doit la considérer comme un eczéma aigu récurrent.

Eczéma aigu général.

Cette variété, qui se rencontre rarement, attaque à la fois la peau de

tout le corps, du cuir chevelu jusqu'aux pieds, et se traduit ordinairement par de la rougeur, de la tuméfaction, de la vésication et de la desquamation. Mais cet aspect se modifie selon que l'éruption siége sur certaines parties du tégument. Ainsi, au cuir chevelu, la peau paraît d'abord recouverte de nombreuses squames, qui sont retenues par les cheveux. Ensuite le contenu des vésicules les agglutine ensemble, et à mesure que ce liquide entre en décomposition, il donne naissance, entre autres produits, à des acides gras (tels que les acides caprique et caprilique) que l'on reconnaît à leur odeur particulière. — Au visage, on remarque de la rougeur et de la tuméfaction, avec de l'œdème des paupières, des lèvres et des oreilles, ainsi que je l'ai décrit ci-dessus. — La peau du tronc et des membres offre un aspect semblable à celui de l'érythème ou de la scarlatine, notamment dans la période d'exfoliation; tandis qu'aux plis des articulations comme l'aisselle, les coudes, l'aine et le jarret, au cou et aux parties génitales, les vésicules sont plus nettement caractérisées et amènent par leur rupture ultérieure la formation de surfaces sécrétantes. — La peau des mains et des pieds, vu l'épaisseur de leur épiderme, présente les vésicules les plus nombreuses et les mieux formées.

Il est facile de comprendre que dans tout eczéma général aigu plusieurs variétés doivent leur origine à l'apparition de groupes disséminés de vésicules, d'excoriations, de pustules ou de croûtes; celles-ci pouvant avoir motivé les descriptions des plus anciens auteurs, « *ignis sacer* », feu de Saint-Antoine ou de Saint-Ignace (ἱεροπῦρ).

Un eczéma général de cette nature suit son cours dans l'espace de plusieurs semaines et peut, par l'application des irritants, conduire très-rapidement à un eczéma chronique de certaines parties, sinon de tout le corps.

On reconnaît la participation de tout le système aux effets de l'eczéma aigu général, à la perte de sommeil et à un sentiment constant de frisson qui accompagne chaque nouvelle éruption de vésicules, même quand le malade est au lit ou dans une chambre chaude. Cette sensation ne persiste jamais longtemps et cesse en général dès que la formation des vésicules est complète; mais le malade reste si impressionnable aux moindres variations de température, que s'il découvre une partie du corps, même pour fort peu de temps, et dans une chambre chaude ou pendant l'été, la sensation de froid se reproduit, et peut même aller jusqu'à amener un tremblement. En même temps, ni la fréquence du pouls, ni la chaleur de la peau ne sont augmentées. L'urine et les fèces n'éprouvent pas de changement appréciable;

l'appétit et la digestion ne sont altérés en rien. La douleur, la tension et la démangeaison se succèdent de la même manière que la tuméfaction au début de la maladie et sont suivies par une nouvelle éruption et des vésicules qui à leur tour font place à la desquamation. Une attaque de cette nature se reproduit aisément, surtout sous l'influence même des plus légers irritants de la peau, et dans ce nombre on peut comprendre la graisse ordinaire, les huiles, les savons, voire même l'eau claire.

ECZÊMA CHRONIQUE.

Les phénomènes observés dans la forme chronique de la maladie concordent en général avec ceux déjà décrits, spécialement les papules ou pustules, les croûtes et la rougeur, le suintement, la desquamation de surfaces étendues. Mais la persistance de l'affection et les fréquentes rechutes par lesquelles un eczéma aigu passe pour devenir chronique, les diverses influences extérieures agissant sur les points attaqués, et les particularités locales des régions plus spécialement envahies se combinent pour produire les modifications dont je vais actuellement donner une description détaillée.

En raison de la durée d'une poussée d'eczéma, ces phénomènes particuliers augmentent d'intensité aussi bien que d'étendue. Ainsi on a observé dans des cas prolongés une sécrétion abondante de ce liquide albumineux que je désignerais sous le nom d'« eczémateux » (1) et aussi une tuméfaction plus prononcée et un épaississement de toute la peau, de manière à produire, dans plusieurs cas, un accroissement graduel des papilles et une augmentation considérable du tissu conjonctif formant le derme. On remarque aussi une extension constante de l'affection, non-seulement aux parties adjacentes, mais à la longue à celles qui sont très-éloignées de son siége primitif. L'expérience journalière apprend que l'eczéma peut se propager à la fois *per conti-*

(1) Bien que je donne ce nom spécial (*Eczemfluidum*) à la sécrétion qui remplit les vésicules de l'eczéma, et qui après la rupture et la disparition de celles-ci, se voit sur la surface cutanée, je sais très-bien qu'on pourrait avec autant de raison l'appeler plasma ou ce qu'on désigne par liquide intercellulaire. Et je n'ai nullement l'intention de dire que c'est un liquide propre à l'eczéma, ou qu'il représente dans un sens quelconque un produit pathologique spécial, une *materia peccans*, car tout le monde sait que le fluide qui remplit les vésicules de l'eczéma est aussi celui qu'on trouve dans les pustules de la varicelle et de l'herpès, ainsi que dans les bulles du pemphigus, sans changement dans son anatomie et sa composition chimique. Je choisis donc ce terme simplement comme une expression commode pour désigner d'une manière brève la sécrétion de l'eczéma.

nuum et *per contiguum*, et partant ainsi de la région primitivement atteinte, se répandre graduellement sur toute la surface du corps. De toutes les influences extérieures qui modifient l'aspect d'un eczéma chronique, la plus importante est celle des grattages par le malade. La violente démangeaison qui accompagne chaque poussée et augmente en proportion de sa durée, l'oblige à frotter et à gratter les parties atteintes et il en résulte de nouvelles lésions. Les couches épidermiques qui recouvrent les vésicules sont déchirées, et celles-ci étant ouvertes donnent lieu à l'aspect caractéristique de l'eczéma, qu'on a décrit comme « sécrétant » (*E. madidans*). En renouvelant cette lésion par des grattages continuels les couches les plus profondes de l'épiderme sont graduellement mises à nu, et la sécrétion augmente à tel point que, placée en contact avec le linge, elle le tache comme le ferait le sperme, la *liquor amnii*, ou tout autre liquide albumineux. Ce n'est du reste pas là le seul phénomène : le patient est souvent dans l'impossibilité de résister à l'intolérable démangeaison jusqu'à ce que ses ongles aient atteint la surface des papilles sous-jacentes elles-mêmes et ainsi déterminé l'exsudation du sang qui, se mêlant à la sécrétion eczémateuse, se dessèche en formant des croûtes d'un brun foncé.

Différentes parties des vêtements, surtout celles qui sont en contact immédiat avec la peau, exercent une influence semblable et produisent d'abord l'eczéma et ensuite l'aggravent quand déjà il existe. De même certains irritants occasionnent chacun une forme si particulière de l'eczéma que souvent on reconnaît la nature de l'irritant à l'aspect de l'éruption : ainsi, l'eczéma occasionné pas l'huile de croton présente une forme différente de celui qu'engendre le soufre.

Une autre particularité de cette maladie tient au contact réciproque et continuel des parties affectées de la même manière, comme les aisselles et les organes génitaux, mais plus particulièrement sous les mamelles, entre les fesses et sur les surfaces opposées des doigts et des orteils.

Finalement, l'action stimulante de l'air extérieur sur les régions ordinairement découvertes produit, quand elles sont atteintes d'eczéma, une modification dans son aspect. La sécrétion se dessèche en croûtes de couleur et d'épaisseur variables selon qu'elle était d'un caractère purement eczémateux ou déjà devenu purulent, ou bien mêlé de sang. Quand c'est un liquide transparent qui sèche, les croûtes ainsi formées sont brunes et unies : selon le plus ou moins de purulence, elles prennent une coloration jaune ou verdâtre, et quand il y a du

sang elles revêtent une teinte plus foncée. Le caractère mielleux ou gommeux des croûtes qui conduisit Alibert à désigner l'eczéma sous le nom de *mélitagre*, s'observe plus souvent quand l'éruption se trouve sur le visage ou le cuir chevelu, et paraît provenir du mélange de la sécrétion sébacée.

Lorsqu'il survient des croûtes de cette nature sur des parties fréquemment tendues et relâchées par l'action des muscles sous-jacents, tels que le voisinage des articulations, et particulièrement celles des doigts et des orteils, il se produit des crevasses et des gerçures qui parfois s'arrêtent aux croûtes, mais d'autres fois aussi s'étendent au delà des croûtes jusqu'au-dessous du derme et occasionnent alors une douleur excessive et même des hémorrhagies. Des crevasses analogues (*rhagades*) se manifestent aussi lorsque dans le cours d'un *E. squamosum* la peau est recouverte d'un épiderme plus ou moins épais, mais est devenue friable par la durée de la maladie. C'est dans ces cas qu'on voit toute la surface eczémateuse traversée par un grand nombre de fissures et de lignes qui se croisent en tous sens (eczéma fendillé), de manière à modifier singulièrement son aspect, mais non au point d'obscurcir matériellement le diagnostic.

Bien qu'il n'y ait, sur toute la surface du corps, aucun point qui ne soit susceptible de devenir le siége d'un eczéma chronique, cependant on remarque plus souvent cette maladie dans certaines régions que dans d'autres, et elle ne revêt dans aucune les mêmes caractères. La raison de cette variété d'aspect selon les lieux est due en partie aux caractères anatomiques de la peau dans diverses régions (notamment à l'abondance des glandes sébacées et des follicules pileux dans quelques points, à leur absence dans d'autres), en partie à certaines conditions secondaires, telles que la différence de longueur et d'épaisseur des cheveux, le contact des vêtements, le plus ou moins de soins donnés à la peau et à ses dépendances, et à des habitudes et occupations spéciales. En réalité, la diversité d'aspects présentée par l'eczéma selon les différentes régions du corps n'a jamais été perdue de vue; seulement, elle a conduit à l'opinion erronée que ces variétés n'appartiennent pas à une seule et même maladie, mais sont des affections distinctes ou du moins des espèces spéciales. Ainsi l'eczéma du cuir chevelu était appelé Teigne ou Porrigo, celui de la face, Crusta lactea, et c'est seulement à celui observé sur le tronc qu'on avait donné son véritable nom. Ayant déjà approfondi cette question, je vais maintenant décrire ces variétés locales comme de simples modifications de l'eczéma.

Eczéma chronique du cuir chevelu (*E. capillitii*).

Alors même que la maladie attaque le cuir chevelu, elle n'y exerce pas par elle-même d'autre effet que sur d'autres régions; cependant son caractère habituel est sensiblement modifié par la présence des cheveux, et leur mode d'arrangement, que celui-ci soit dicté par l'habitude, par la mode ou par des coutumes encore plus extraordinaires qui existent dans des pays éloignés.

Une preuve à l'appui de cette assertion est fournie par l'observation de ce qui a lieu chez des personnes chauves et chez ceux sur qui l'eczéma du cuir chevelu s'étend au front et aux autres parties dépourvues de cheveux. L'examen attentif et sans parti pris d'un cuir chevelu eczémateux enseigne qu'ici, comme ailleurs, la maladie se présente sous la forme vésiculeuse, mais spécialement à l'état humide, et que la principale particularité de cette variété locale provient du liquide eczémateux qui, en se desséchant, mêle les cheveux et forme rapidement des croûtes épaisses qui sont plus adhérentes que d'habitude par suite de l'adhésion intime qui s'opère entre elles et les cheveux restés séparés.

D'anciens auteurs ont été amenés à diviser l'eczéma du cuir chevelu en plusieurs espèces, en s'appuyant sur ce fait que parfois des parties isolées et distinctes sont affectées (dans ce cas lorsque l'encroûtement a lieu les croûtes sont séparées par des intervalles de peau saine), tandis que, dans d'autres circonstances, tout le cuir chevelu est attaqué, et avec lui, même les parties environnantes non recouvertes de cheveux. Ainsi la forme dans laquelle l'éruption primitive et les croûtes qui en sont la conséquence restent toutes les deux discrètes, était désignée sous le nom de : Impétigo, de Porrigo ou d'Achor, avec l'addition de « *granulatus* », tandis que la seconde variété, occupant le cuir chevelu tout entier, était qualifiée par l'adjectif *mucosa s. muciflua*, ou prenait le nom d'*E. impetiginosum*. Je puis en référer, comme exemple de l'inexactitude de cette séparation, à la présence de l'eczéma de la tête chez les petits enfants, ayant peu ou pas de cheveux : on peut alors suivre facilement son début sur des points isolés, et sa propagation ultérieure à tout le cuir chevelu et au visage. Le même fait a lieu dans l'eczéma du cuir chevelu chez les adultes, modifié seulement par les causes ci-dessus mentionnées relatives à la longueur, à l'épaisseur des cheveux et à la manière de les arranger. Un eczéma dont la sécrétion est abondante présentera naturellement quand on l'observera chez un individu dont les cheveux

seront convenablement taillés, peignés et brossés, un aspect différent de celui qui existe chez une personne dont la chevelure sera longue, épaisse et négligée. Dans le premier cas, les cheveux mêlés sont constamment séparés et remis en ordre, et les produits morbides adhérents peuvent être facilement enlevés : dans le dernier, le liquide eczémateux exsudant continuellement il se forme une masse inextricable de plusieurs pouces de longueur, qui constitue à la fin une couverture épaisse et feutrée à travers laquelle le reste des cheveux non peignés continue de croître. Cet enchevêtrement est augmenté par les grattages du malade, et non-seulement par l'acte lui-même, mais encore par la sécrétion plus abondante qu'il excite ainsi. C'est un état qu'on rencontre le plus souvent chez les femmes, qui, dans ces cas, au lieu de peigner, de brosser et de démêler leurs cheveux, les tiennent constamment recouverts d'un bonnet ou d'un mouchoir. Que ce soit le temps ou l'occasion qui leur manque par suite de leurs occupations, ou l'absence de conseils médicaux, ou bien que l'on doive y voir l'effet de l'usage, d'une superstition blâmable, le résultat sur la maladie est toujours le même; aussi observera-t-on les mêmes phénomènes chez les riches et les pauvres, sur les rives du Danube ou sur les bords de la Vistule (Weichsel). C'est le nom seul qu'on a donné à la maladie qui varie. Une fois on l'a appelée *Kopfgrind*, une autre fois *Weichselzopf* (Plica polonica), sans aucune autre autorité que celle de la tradition populaire (1).

Mais là ne se termine pas la description de l'eczéma du cuir chevelu. Il faut encore rappeler que la peau de la tête est très-riche en follicules sébacés, qui mêlent leur sécrétion au liquide eczémateux pendant la période aiguë de l'éruption, et tous les deux se réunissent sur la surface cutanée et dans les cheveux : là nécessairement ils se décomposent, et par le dégagement d'acides gras communiquent leur odeur nauséabonde bien connue aux produits de la maladie. Il est également indispensable d'indiquer que si l'on néglige de soigner la chevelure, même chez les personnes bien portantes, ce manque de soins favorise le développement de *pediculi*; ce résultat s'observe bien

(1) Je ne veux pas dire que l'on doive considérer comme des eczémas tous les cas que l'on désigne vulgairement sous les noms de Weichsel ou Witchel-Zopf sur la Vistule. Je sais très-bien que toute maladie affectant le cuir chevelu, sans aucune exception — la séborrhée souvent, le favus, des ulcères syphilitiques — est attribuée au « Wichtel ». Mais je suis convaincu par des observations répétées que cette maladie est très-fréquemment un simple eczéma, non-seulement à Vienne, mais à Cracovie, à Varsovie, et dans d'autres parties de la Pologne elle-même.

plus fréquemment encore quand il existe un eczéma du cuir chevelu fournissant l'élément essentiel à la nutrition de myriades de poux; n'étant pas dérangés par le peigne, ils prospèrent et se multiplient alors d'une manière effrayante (1). Dans un cas, j'ai même remarqué des larves de mouche sur le cuir chevelu et en séparant les cheveux fortement feutrés, j'eus le dégoûtant spectacle d'innombrables vers blancs fourmillant en tous sens, comme si on les avait troublés au milieu de leurs ébats.

Si maintenant on recherche les causes du progrès d'un eczéma plus ou moins grave du cuir chevelu, l'expérience enseigne qu'il peut aussi subir une évolution spontanée, souvent après avoir persisté plusieurs années, et rarement avant l'expiration de quelques mois. Pendant sa durée on observera divers symptômes, correspondant à l'intensité de la maladie primitive. Dans le cas, par exemple, d'un eczéma présentant les caractères de la plique polonaise, les jeunes cheveux, nécessairement, ne seront pas collés ensemble, lorsqu'aura cessé la sécrétion du liquide eczémateux, et au bout de quelques mois ils auront atteint une longueur suffisante pour pousser devant eux la masse de cheveux feutrés durant l'éruption, produire ainsi l'aspect que les disciples de la théorie de la plique polonaise ont regardé comme une « excroissance » (*Abwachsen*) du Weichselzopf, et permettre qu'on les enlève avec des ciseaux.

Dans d'autres circonstances, notamment lorsque les cheveux sont courts, après que les croûtes sont tombées et que le liquide eczémateux n'exsude plus, l'aspect de l'*E. squamosum* avec sa surface rouge et écailleuse continue et persiste quelque temps avec une exfoliation continuelle de squames épidermiques.

En même temps que ces symptômes, on trouve souvent, avec l'eczéma du cuir chevelu, une tuméfaction plus ou moins considérable des glandes cervicales postérieures, et l'on observe assez fréquemment aussi la chute des cheveux; ces derniers, cependant, après la guérison complète de l'eczéma, ou même avant que ses symptômes ultimes aient disparu, commencent de nouveau à pousser; de sorte que ce n'est que dans des circonstances très-rares que l'eczéma s'accompagne d'un *defluvium capillorum* incurable.

(1) Or, il est possible de renverser la proposition : l'irritation occasionnée par des poux peut donner lieu à l'eczéma du cuir chevelu.

Eczéma chronique de la face.

La présence fréquente de l'eczéma à la face a de tout temps attiré l'attention des médecins; mais ses nombreuses formes n'ont pas toujours été reconnues comme se rattachant à une seule maladie, on les a, au contraire, comme dans trop d'autres exemples, désignées sous les noms de Porrigo larvalis, d'Impetigo faciei rubra, de Tinea faciei, de Melitagra flavescens ou nigricans, de Crusta lactea, de Crusta serpiginosa, etc. Bien que, comme je l'ai déjà plusieurs fois énoncé, on ait donné ces différents noms uniquement par suite des changements survenus dans l'aspect de la même maladie, cependant les diverses parties de la face quand elles sont envahies par l'eczéma présentent chacune une modification de son caractère général. Je pense donc qu'il est utile de décrire séparément chaque région telle qu'elle est affectée par cette dermatose, et enfin d'examiner les cas dans lesquels l'eczéma atteint la face entière, et même toute la tête.

De ces deux subdivisions, la première — *E. faciei partiale* — peut envahir, soit les parties unies (glabres) de la face, soit celles garnies de poils. Lorsque la maladie a son siége sur la peau recouverte de poils longs, épais et foncés, les symptômes sont identiques avec ceux de l'eczéma du cuir chevelu; mais, comme toutes les affections de la face sont mieux soignées, même par les classes inférieures, que celles des autres régions, et qu'aucune superstition n'est encore venue influencer leurs habitudes, il est très-rare que la maladie atteigne ici ce développement dû à la négligence, que j'ai décrit comme fréquent quand le mal envahit le cuir chevelu. Ordinairement le liquide eczémateux, lorsqu'il se dessèche, forme des croûtes jaunes, verdâtres ou brunes adhérant aux cheveux, et, après leur chute, on trouve une surface rouge, humide ou squameuse. La seule variété du type ordinaire de l'affection est que, dans des cas de longue durée le processus morbide s'étend plus profondément et affecte les follicules pileux de la même manière que la maladie appelée sycosis.

Dans ces circonstances, à côté des plaques rouges, humides ou squameuses, on remarque des abcès sous-épidermiques (pustules) d'une grosseur et d'un aspect assez uniformes, et qui sont tous traversés par un seul poil. Ces pustules ne s'élèvent que peu au-dessus de la surface de la peau, et se dessèchent ensuite pour constituer des croûtes jaune verdâtre, pour la plupart discrètes; au-dessous de ces croûtes, la formation du pus cesse, tandis qu'elle recommence sur d'autres points, et ainsi se produit l'aspect bien connu du sycosis. On observe ces sym-

ptômes sur toutes les parties de la face recouvertes de poils durs et épais, non-seulement là où pousse la barbe, mais sur les sourcils, sur les bords des paupières et sur la muqueuse des fosses nasales dans les points qui sont pourvus de vibrissæ.

Cette transformation de l'eczéma en sycosis est marquée dans ses progrès ultérieurs, non-seulement par les apparences particulières à cette dernière affection, mais aussi par son opiniâtreté et ses effets durables sur la peau. Car tandis que dans l'eczéma ordinaire, quelle que soit sa durée, il n'y a jamais chute permanente des cheveux ni formation de cicatrices, on observe ces deux altérations dans les cas où il a passé à l'état de sycosis.

On a donné à l'eczéma chronique les dénominations suivantes, selon qu'il affecte les différentes parties de la face garnies de poils. *E. faciei barbatæ simplex*, *rubrum* ou *impetiginosum* (appelé par Schönlein « Achor barbatus » (!), par Hardy, Impétigo sycosiforme, et par Devergie, sycosis impétigineux); *E. regionis superciliorum*, *E. marginis ciliaris palpebrarum* (Tinea ciliorum des auteurs, Acne ciliaris, Blepharitis ciliaris de Stellwag); et *E. membranæ mucosæ narium vibrissis vestitæ*. De ces quatre variétés, les deux dernières seules ont attiré l'attention jusqu'ici, et elles réclament une étude spéciale.

L'eczéma des cils n'a jamais passé pour une variété locale de cette maladie, mais on l'a en général confondu avec l'inflammation des glandes de Meibomius (blepharoadenitis), et regardé comme une affection spéciale, une espèce de teigne, une forme d'acné produite par certains états, tels que la scrofulose, ou enfin un impétigo, mais jamais comme un véritable eczéma qui s'est simplement étendu plus profondément que de coutume. Il est pourtant facile de se convaincre que l'eczéma du bord des paupières présente, à son début et pendant sa durée, les mêmes caractères que toute autre éruption survenant dans les régions de la face couvertes de poils que des auteurs ont regardée comme eczémateuse, et l'apparition simultanée de la même altération dans toutes ces parties est une nouvelle preuve de son identité. C'est la participation à la maladie de l'appareil glandulaire et des follicules pileux des paupières qui donne à cette variété le caractère que j'ai décrit ci-dessus, celui de l'*E. sycosiforme*. Les bords des paupières deviennent rouges et tuméfiés, et quelquefois excoriés, notamment près des cils, d'autres fois ils se recouvrent d'une exsudation purulente qui se dessèche sous forme de croûtes grises ou gris jaunâtre et fait adhérer les cils les uns aux autres. Il existe toujours de la démangeaison, et la continuation de ce pro-

cessus morbide entraîne la perte partielle ou même totale des cils.

Les caractères de l'eczéma de l'orifice des fosses nasales sont une rougeur inflammatoire légère accompagnée de tuméfaction de la membrane muqueuse avec formation de pustules dont chacune est traversée par un poil; et si plusieurs d'entre elles viennent à se réunir ainsi que leur contenu il se forme une croûte assez épaisse qui peut augmenter au point de fermer l'ouverture de la narine. Le pus continuellement sécrété sous cette croûte détermine non-seulement une nouvelle tuméfaction de la muqueuse, mais aussi de la peau du nez, et peut même dans quelques cas réaliser une inflammation très-prononcée, avec tous les caractères de l'érysipèle. Cette forme d'eczéma s'accompagne ordinairement d'une affection analogue de la membrane de Schneider dans toute son étendue.

L'eczéma des parties unies (glabres) de la face présente les mêmes caractères que ceux que je viens de décrire, mais l'absence de cheveux les rend beaucoup plus évidents. Il affecte toute la face ou seulement certaines de ses parties, et je puis ici faire cette remarque générale qu'ordinairement cette forme d'eczéma occupe les deux côtés du visage sur une étendue et avec une intensité égales. Aussi est-il rare de ne voir qu'une oreille, une paupière ou un seul côté attaqués, et de même lorsque la maladie s'est primitivement fixée au front, au nez, aux lèvres ou au menton elle s'étend en général également de chaque côté de la ligne médiane. Néanmoins il n'y a pas lieu de s'étonner de voir des exceptions à cette règle, elles s'expliquent même d'autant mieux que les causes excitantes de l'eczéma n'affectent souvent, on se le rappelle, qu'un seul côté de la figure.

De toutes les parties de la face, ce sont les oreilles qui présentent de la manière la plus marquée les symptômes généraux de l'eczéma; elles donnent en outre lieu à quelques caractères spéciaux. La peau, comme tout le monde le sait, adhère intimement au cartilage de l'oreille et laisse voir ainsi sa conformation spéciale; en outre, elle forme des plis en passant du côté de la tête au pavillon de l'oreille et de là à la joue, et ces deux particularités modifient l'aspect de l'eczéma quand il envahit cette région. Il faut également se souvenir que le lobule de l'oreille est constitué par un seul repli de la peau sans aucun cartilage, et que le méat externe est tapissé par un prolongement du tégument atteignant les membranes du tympan, de sorte que cette partie peut se trouver comprise dans l'affection de l'oreille externe. L'eczéma envahit parfois le pavillon de l'oreille tout entier, ou d'autres fois reste localisé dans certains points. Ainsi, souvent il consiste en une simple fissure rouge,

creuse et humide de la peau (*rhagas*) située au fond de l'intervalle existant entre l'oreille et l'apophyse mastoïde. De plus, dans quelques cas on n'aperçoit de surface rouge, sécrétante et croûteuse que celle de la partie postérieure de l'oreille, tandis que dans d'autres circonstances le lobule seul est envahi (notamment après qu'on l'a percé pour y adapter des boucles d'oreilles), ou bien la peau de la conque ou d'autres parties, avec ou sans la participation du méat. Les caractères particuliers à l'eczéma de cette région sont, notamment, que dans des cas graves il survient une tuméfaction très-prononcée de la peau, de manière à changer complétement la forme de l'oreille et de la projeter en avant en l'écartant de la tête, et aussi que la sécrétion du liquide eczémateux atteint une quantité presque incroyable, par rapport au peu d'étendue de la surface malade. S'échappant constamment en gouttes comme d'une éponge que l'on presse, cette sérosité se réunit, se répand sur les parties adjacentes, et, en se desséchant, forme non-seulement sur l'oreille, mais encore sur le lobule, des croûtes qui augmentent graduellement d'épaisseur et prennent ainsi un aspect stalactiforme (*Dartre stalactiforme*, d'Alibert). Même dans les cas moins graves, le malade se plaint d'un affaiblissement de l'ouïe, affaiblissement qui est plus prononcé lorsque la peau du méat est envahie. Par le fait de la tuméfaction, le conduit auditif se trouve nécessairement rétréci et la sécrétion des nombreuses glandes cérumineuses en partie s'unit à la sécrétion eczémateuse, produisant ainsi une otorrhée, en partie se dessèche, et obstruant alors entièrement le méat occasionne une surdité complète. Comme ce processus ne survient souvent que lorsque l'affection de l'oreille externe est en voie d'amélioration, ou est déjà guérie, il est facile de comprendre comment nos prédécesseurs ont pensé qu'on ne devait pas faire cicatriser trop vite un eczéma de l'oreille, dans la crainte qu'une surdité au moins temporaire ne fût la conséquence d'une métastase sur le sens de l'ouïe.

L'eczéma du front s'observe rarement seul, excepté lorsqu'il est le résultat de quelque cause locale, telle que l'habitude de porter certains objets de toilette, et il s'accompagne ordinairement d'une affection de même nature sur les joues. Ces régions sont surtout exposées à être le siége de la maladie chez les enfants sous cette forme d'eczéma impétigineux qu'on a désigné par le nom de *Crusta lactea* (Milchschorf, gourmes). Elle présente peu de différence d'avec les symptômes ordinaires de l'affection — rougeur, tuméfaction, humidité et formation de croûtes; mais c'est sur les joues qu'on observe fréquemment ces productions jaune claire, semblables à du miel desséché ou à de la

gomme exsudée d'un cerisier, et c'est ce qui a conduit Alibert à décrire comme une affection particulière cet état sous le nom de *Melitagra flavescens.* Ces croûtes, après un certain temps, prennent une teinte olive plus foncée, ou même deviennent noires, notamment par l'addition de sang : variété qu'Alibert a appelée *Melitagra nigricans.* D'autres auteurs fantaisistes les ont comparées à la peau qui se forme sur du lait chaud ou bouilli, et ont désigné cette maladie par l'expression de croûtes de lait (Milchborke). L'eczéma dans ces régions donne lieu en général et par intervalles à de vives démangeaisons; il en résulte que les croûtes sont arrachées et la peau déchirée par les grattages. A l'exception, toutefois, de la coloration noire des croûtes provenant du sang desséché, ce prurit n'entraîne pas de lésions durables et ne détermine jamais de cicatrice; de sorte que c'est tout simplement de la cruauté d'empêcher les malades, et notamment les petits enfants, de soulager l'irritation violente qu'ils éprouvent en se grattant ou en se frottant (1).

L'eczéma se manifeste aux paupières, et notamment à la paupière supérieure, sous la forme squameuse, présentant souvent des plaques rouges écailleuses, traversées par une seule fissure humide, qui est la conséquence des mouvements de l'organe. Dans d'autres circonstances, toute la paupière est infiltrée, colorée et recouverte de nombreux points rouges, humides, qui sécrètent une quantité considérable de liquide. En se desséchant, cette sérosité forme une croûte mince, brunâtre sur toute la paupière dont elle entrave alors les mouvements à un tel point que le malade peut à peine ouvrir les yeux. Cette variété locale de l'eczéma est ordinairement le résultat d'attaques antérieures sur les parties environnantes; mais elle survient quelquefois en dehors de cette circonstance. Elle s'accompagne souvent d'inflammation de la conjonctive (ophthalmia catarrhosa) due probablement à son extension de la peau à la membrane muqueuse.

La peau du nez depuis la racine jusqu'à son extrémité, ainsi que celle qui recouvre les ailes du nez, participe souvent à un eczéma du front et des joues; mais cette partie peut être affectée isolément, et présenter toutes les variétés de la maladie depuis ses formes papuleuse et squameuse jusqu'à l'*E. rubrum* et l'*E. impetiginosum.* De même que les croûtes produisent sur les lobules de l'oreille des stalactites, de même aussi ce phénomène s'observe à l'extrémité ou sur les ailes du

(1) L'égratignure par les ongles entretenant l'eczéma, ainsi qu'Hebra le remarque ci-dessus lui-même, les précautions prises contre l'action des ongles peuvent au moins se justifier par le désir d'abréger la durée du mal. (A. D.)

nez, toutes les fois que la sécrétion eczémateuse est très-abondante (*Dartre stalactiforme*). De plus, la maladie peut, du tégument, gagner la membrane muqueuse des fosses nasales, et enfin l'envahir dans toute son étendue. Dans de semblables circonstances, ses caractères ordinaires sont modifiés, la sécrétion devient muqueuse, et si abondante qu'elle ressemble à celle d'un catarrhe ordinaire; elle en diffère, toutefois, par sa grande tendance à se dessécher et à obstruer ainsi les narines. Au-dessous de ces croûtes, il se fait souvent une suppuration considérable qui, tout en restant superficielle et de cette manière ne détruisant pas la muqueuse, peut cependant, par l'absorption du pus (ou plutôt d'un détritus puriforme décomposé) à travers les veines et les lymphatiques, produire l'inflammation des joues et d'autres parties adjacentes, inflammation occasionnée, comme je l'ai déjà démontré ci-dessus (p. 340) par les effets locaux du pus.

L'eczéma des lèvres est souvent limité à leur partie rouge, tandis que dans d'autres circonstances la peau est affectée sur une plus grande surface correspondant à toute l'étendue du muscle orbiculaire. Dans le premier cas, l'affection prend, soit l'aspect de l'*E. squamosum* par la desquamation continue de fragments blanchâtres ou brunâtres, parfois aussi grands que des lentilles, soit celui de l'*E. madidans* ou *rubrum*, avec formation de nombreuses petites gouttes de liquide continuellement renouvelées sur les lèvres. Quand ce processus est de temps en temps interrompu, la sécrétion forme une membrane jaune ou brunâtre d'épaisseur variable et si intimement adhérente aux lèvres, qu'elle entrave leurs mouvements. Dans des cas rebelles, la peau se tuméfie au point de déterminer la saillie des deux lèvres (Ausstülpung), ce qui augmente d'autant le malaise du patient. L'eczéma de cette région, outre les phénomènes ordinaires de vésication, sécrétion et formation de croûtes, présente encore de nombreuses fissures de profondeur variable, qui convergent vers la bouche et deviennent le siége de douleurs excessivement vives lorsque le malade veut parler ou manger. Il arrive assez souvent que pendant le repos continu de ces parties dans le sommeil, les croûtes s'accumulent en telle abondance, que le malade est dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche le matin avant qu'on les ait détachées, soit directement, soit à l'aide d'application émollientes convenables.

L'eczéma du menton et du cou n'offre pas de caractères particuliers; il suffit de noter qu'il envahit souvent la nuque par suite de sa propagation du cuir chevelu à cette région, et qu'il s'étend alors de la largeur de plusieurs travers de doigt au-dessous des cheveux.

Mais ces derniers n'étant là ni longs ni épais, on y reconnaît immédiatement la maladie; ce qui peut entraîner à une erreur sur son siége primitif: une observation attentive montrera le plus habituellement alors que le cuir chevelu a été le premier affecté.

ECZÉMA CHRONIQUE DU TRONC.

L'eczéma peut envahir toutes les parties du tronc, et présenter les caractères généraux que j'ai déjà plusieurs fois décrits. C'est seulement lorsqu'il affecte les mamelons ou le nombril qu'il y a quelques particularités à noter.

Dans le premier cas, on remarquera tout d'abord qu'il est rare qu'un seul mamelon soit attaqué. De plus, la maladie se manifeste constamment sous forme d'un disque dont le mamelon est le centre. Les autres aspects varient suivant l'étendue, l'intensité et la durée de l'affection. La variété la plus légère est connue sous le nom de « mal au sein » (*wunde Brustwarzen*), et survient fréquemment pendant l'allaitement. On voit alors le mamelon dépouillé de son épiderme et le derme mis à nu, très-rouge, tuméfié, humide et excessivement sensible. Si l'on peut obtenir de la malade une période suffisante de repos, il se recouvre graduellement d'une croûte, d'abord mince et brunâtre, ensuite plus épaisse, résultant de l'exsudation desséchée au-dessous de laquelle se forment des couches normales d'épiderme, de sorte qu'au moment où la croûte tombe, on se trouve en présence d'une surface saine. Mais dans d'autres circonstances, la sécrétion continue d'avoir lieu sous la croûte, de manière à y produire plusieurs crevasses ou fissures, et, en les traversant, à déterminer sur la peau voisine une vive démangeaison et de la douleur. La maladie s'étend souvent à la base du mamelon, et s'accompagne d'une tuméfaction plus ou moins marquée de la peau adjacente, de sorte que le mamelon semble être aplati et presque oblitéré, et la plaque eczémateuse ulcérée et tuméfiée peut s'étendre sur cette partie voisine, comme un disque élevé de quelques lignes au-dessus de la surface. Ici également le liquide exsudé, mêlé çà et là avec le pus, forme des croûtes jaunes ou brunes, recouvrant ces parties enflammées. Cette espèce d'eczéma peut persister pendant longtemps, sous l'une ou l'autre des formes mentionnées ci-dessus, et l'on doit incontestablement la considérer comme la plus rebelle de ses variétés locales. Elle subit néanmoins une rétrocession complète, qui a lieu, soit spontanément, soit à l'aide d'un traitement rationnel, de sorte que *per restitutionem in inte-*

grum le mamelon retrouve sa forme, sa perméabilité et son volume primitifs, et devient ainsi de nouveau apte à remplir ses fonctions.

L'eczéma de l'ombilic suit une marche complétement identique : souvent dans la forme ordinaire de l'*E. rubrum* ou *impetiginosum*, il existe sans tuméfaction notable de la peau, tandis que dans d'autres circonstances le tégument normalement déprimé du nombril se tuméfie au point d'atteindre la grosseur d'une noix, et présente une tumeur convexe, ulcérée, humide, parfois recouverte d'une croûte. L'extension de la maladie suit également la même marche que dans l'eczéma du mamelon, bien qu'accidentellement le disque ainsi produit ne soit pas parfaitement symétrique, et par conséquent le nombril forme une saillie excentrique. Dès que le processus eczémateux a cessé, la tuméfaction disparaît graduellement en même temps que les autres symptômes, et la peau de l'ombilic reprend son aspect normal.

Eczéma chronique des organes génitaux.

Cette variété de la maladie offre de très-grandes différences dans les deux sexes ; je l'étudierai en premier lieu chez l'homme.

Ici, comme dans l'eczéma aigu des mêmes parties (1), le pénis et le scrotum peuvent être affectés ensemble ou séparément.

Il est rare que l'eczéma chronique du pénis s'étende également sur toute la surface de l'organe, mais il envahit en général les plis transversaux de la peau sur le dorsum de la verge. Il est possible de démontrer cette disposition en tirant le prépuce en avant ; alors les lignes eczémateuses élevées et rouges apparaissent à peu près de la largeur d'une ligne et dans une direction transversale. Si l'on cesse la traction, la peau reprend son premier état, et les raies eczémateuses, se trouvant ainsi de nouveau en contact, forment en apparence une surface continue.

A la face inférieure du pénis on n'observe pas cette particularité : là, toute la peau est rouge et humide, et cette altération s'étend ordinairement aussi loin que le pli du prépuce. Je n'ai jamais vu un cas dans lequel un eczéma chronique ait envahi, soit la surface interne du prépuce, soit le gland. Malgré la démangeaison violente, les grattages (2) et les excoriations qui en sont la conséquence, il n'y a pas dans cette variété de sécrétion abondante — c'est un point par lequel elle diffère de celle qui affecte le scrotum.

(1) Cf., p. 94.
(2) Ceci peut amener l'habitude de la masturbation, notamment chez les enfants.

L'eczéma du scrotum est remarquable à cause des changements d'aspect qu'il subit pendant un cours prolongé. Ainsi la peau entière peut être privée d'épiderme sans qu'il existe beaucoup d'infiltration, tandis que sa surface est recouverte d'une sécrétion abondante plus ou moins visqueuse et d'une odeur désagréable. A mesure que l'affection progesse, elle prend les caractères de l'eczéma du pénis ; les saillies naturelles de la peau se trouvent le plus affectées et apparaissent, lorsque le scrotum est tendu, comme des plis irréguliers, élevés et fendillés. Enfin, quand cet eczéma a persisté plusieurs années, toute la peau du scrotum devient épaisse, dense, et augmente tellement de volume que l'on n'aperçoit que le gland ou une portion de cet organe, le reste du pénis restant caché, comme dans les cas de hernie considérable ou d'éléphantiasis (*Elephantiasis Arabum*). Dans ces deux dernières circonstances il existe une humidité très-grande qui, en se desséchant, produit une odeur fétide d'acides gras; mais elle ne prend jamais un caractère laiteux, comme Fuchs semble l'avoir cru en désignant cette forme d'eczéma sous le nom de *Pachydermia scroti lactiflua*.

La même affection des parties génitales chez la femme se présente ordinairement sous la forme de l'*E. rubrum*. Là, elle attaque les grandes lèvres seulement, d'où elle gagne les nymphes et la membrane muqueuse vaginale. Elle détermine une rougeur et une tuméfaction de la vulve, et par suite entr'ouvre son orifice; la violente démangeaison qu'elle occasionne donne lieu à de fréquents grattages et à de nombreuses excoriations. Dans quelques cas, la maladie se propage de la vulve aux parties adjacentes des cuisses, et de là, soit par-dessus le mont de Vénus, jusqu'à l'ombilic, soit en bas, sur la face interne de la cuisse jusqu'au genou. Un eczéma de cette étendue présente un aspect qui n'est pas habituel, notamment quand la peau est très-infiltrée, et, au premier abord un œil inexpérimenté pourrait le confondre avec une affection d'une nature tout à fait différente.

Quand la maladie vient à s'étendre du côté du vagin, les nymphes et les grandes lèvres se tuméfient et deviennent proéminentes, et la muqueuse vaginale est rouge, infiltrée et recouverte d'une sécrétion abondante analogue à celle d'une *Blenorrhœa vaginæ insons* ordinaire. Je ne dois pas oublier de dire que cette affection est souvent prise par erreur pour une maladie de nature vénérienne ou syphilitique, et qu'il est possible de la confondre, surtout quand elle existe à un degré léger, avec le *Pruritus vulvæ*, non compliqué d'eczéma. En s'en tenant cependant aux indications positives énoncées ci-dessus et en se rappelant

que ni la syphilis ni aucune autre variété de maladie vénérienne ne donnent lieu à l'eczéma (1), tandis que d'un autre côté, celui-ci, par son extension de la peau aux membranes muqueuses, peut déterminer une sécrétion excessive, on n'éprouvera aucune difficulté dans des cas incontestables d'*E. vulvæ* à attribuer la *blennorrhœa* concomitante à la même cause; à moins, toutefois, qu'il ne soit évident qu'elle ne provienne d'une source spécifique d'infection. Il ne sera également pas difficile de distinguer le prurit symptomatique sans affection antérieure de la peau qui accompagne ordinairement les maladies de l'utérus et des ovaires, de celui qui est produit par l'infiltration de la peau propre dans l'eczéma.

Une variété locale coexistant avec cette maladie est celle qui affecte le périnée et l'anus (*E. perinæale*, *E. hæmorrhoïdale*) : elle ne se distingue en rien du type général de l'eczéma, on la trouve habituellement associée avec la forme précédente, et elle envahit notamment le pli de la peau qui s'étend le long du raphé entre les parties génitales et l'anus. Lorsque la peau située immédiatement au pourtour de l'anus, présentant à l'état normal de nombreux plis dus à l'action du muscle sphincter, devient rouge et tuméfiée, il se forme des fissures profondes (*rhagades*) qui, traversant l'épiderme, atteignent le derme sous-jacent et ressemblent à celles qu'on observe dans l'eczéma des lèvres et des mains. Il se fait par ces crevasses une sécrétion abondante, donnant lieu non-seulement à de la douleur, mais encore à une irritation si forte et si intolérable, que le malade ne peut s'empêcher de frotter et de gratter la partie affectée et même la muqueuse du rectum.

Dans les cas qui offrent plus de gravité, l'anus prend la forme d'une tumeur plus ou moins proéminente et la membrane muqueuse se trouvant mise à découvert, il en résulte un prolapsus partiel du rectum. Les parties projetées au dehors peuvent ultérieurement s'œdématier, s'hypertrophier, et sécréter une quantité considérable de liquide, qui se dessèche sous forme de croûtes et recouvre la région malade sur une plus ou moins grande étendue. Ici encore il n'est peut-être pas

(1) Cette remarque est d'une justesse parfaite, et nous nous étonnerions presque d'avoir à convenir qu'elle est aussi neuve que juste, si nous ne nous rappelions l'opinion d'un éminent critique qui, dans la *Gazette médicale de Paris*, n'hésita pas à qualifier de *dissonance pathologique* l'expression d'*eczéma syphilitique* employée par Velpau dans une discussion à l'Académie de médecine. Non : l'eczéma proprement dit, celui qui donne lieu à une surface offrant l'aspect de la coupe d'une canne de jonc, ne compte jamais parmi les formes, si diverses cependant, que produit la syphilis. Avec le prurigo, il est la seule des lésions cutanées à laquelle la syphilis ne donne jamais lieu. Qu'on réfléchisse si cette circonstance n'est pas faite pour justifier l'existence de l'eczéma comme maladie distincte. (A. D.)

superflu de répéter la remarque faite ci-dessus, que ces parties sont souvent affectées d'un simple prurit sans eczéma, comme conséquence de maladies de l'urèthre, de la vessie, de l'utérus ou du rectum. Aussi ne doit-on pas croire que toute démangeaison au périnée et à l'anus soit nécessairement causée par un eczéma; il ne faut l'admettre que dans les cas où un examen attentif a démontré l'existence des lésions caractéristiques de cette dermatose.

Eczéma circonscrit, *E. marginatum.*

Je donne ce nom à une forme particulière d'eczéma qui diffère de toutes les autres par sa constante localisation à la face interne des cuisses, au pubis et aux fesses; par sa marche centrifuge et sa guérison simultanée au centre; par la netteté tranchée de sa circonférence présentant l'aspect le plus marqué de l'éruption, et enfin parce qu'on l'observe presque exclusivement chez les hommes, et notamment chez les cordonniers.

L'observation de la marche de cette maladie montre qu'elle commence toujours sur le côté interne de la cuisse, avec lequel le scrotum se trouve en contact, et par conséquent on l'observe bien plus fréquemment à gauche qu'à droite. Là, on voit d'abord une plaque rouge, élevée, arrondie, ayant à peu près les dimensions d'une pièce d'un franc; elle cause de la démangeaison, on la gratte, aussi se couvre-t-elle de petites excoriations punctiformes. Peu après, le centre devient pâle, et la périphérie seule conserve les caractères ci-dessus décrits. On observe successivement en ce point des papules, des vésicules, des excoriations, et ensuite de petites croûtes brunes ou noires formées par l'exsudation qui s'est desséchée et le sang provenant des grattages. A mesure que le centre se cicatrise, la circonférence s'étend, de sorte que la plaque primitive peut atteindre les dimensions d'une pièce de cinq francs et même de la paume de la main. On aperçoit alors d'une manière évidente que les parties centrales ont pris une teinte plus foncée et présentent un contraste marqué avec le cercle d'eczéma qui l'entoure et avec la peau saine ambiante. On remarque çà et là de petits points isolés d'éruption nouvelle, même dans cette région pigmentée centrale; mais les principaux symptômes de l'eczéma sont limités au rebord le plus éloigné du centre, et plus loin s'étend le progrès centrifuge de l'affection, plus ils sont complétement bornés à cette marge étroite indéfiniment extensive. Il est rare de ne trouver sur la cuisse qu'une seule plaque eczémateuse de cette

nature : il en survient ordinairement, près de la première, de nouvelles qui suivent une marche exactement semblable ; ou bien la même affection apparaît sur la surface correspondante de l'autre cuisse, en sorte que toutes les deux sont graduellement et symétriquement recouvertes de nombreux cercles d'eczéma de diverses grandeurs, qui s'étendent dans toutes les directions sur les faces antérieure et postérieure des cuisses, vers le pubis et les genoux. Si la maladie continue de progresser sans être réprimée, les cercles qui avancent peuvent dans la suite se réunir dans la région hypogastrique et arriver jusqu'à l'ombilic, tandis qu'ils se confondent aussi en arrière dans le sillon interfessier.

On observe dès le début que les cercles séparés, à mesure que par leur extension graduelle ils se trouvent en contact, se réunissent en ces points. Et ici se confirme la loi générale que j'ai eu souvent l'occasion de constater (1), que quand des lésions cutanées ont une extension centrifuge sur plusieurs endroits, les effets qu'elles produisent disparaissent aussitôt qu'elles se touchent l'une et l'autre et circonscrivent une surface saine ou marquée seulement par une augmentation de pigment. Par suite de cet obstacle à leur développement, les cercles eczémateux ne peuvent s'étendre que lorsqu'ils n'en rencontrent pas d'autres, et il se forme ainsi un bord serpigineux composé d'autant de segments de cercle qu'il y avait de plaques au début. Quand un *E. marginatum* double s'est étendu jusqu'à ce que les deux côtés se rejoignent au-dessus des pubis en avant et sur la région fessière en arrière, une réunion semblable aura lieu en ces points, et il se formera ainsi un grand cercle que l'on peut indiquer comme il suit : commençant à l'ombilic, il passe au-dessus des régions hypogastrique et inguinale en avant de la cuisse, descendant en bas jusqu'aux deux tiers de sa longueur, et tournant alors vers sa face interne, il s'élève jusqu'à la région fessière et complète enfin son cercle au niveau du sacrum par sa jonction avec l'éruption correspondante du côté opposé.

Lorsqu'un malade ainsi affecté est placé dans la position horizontale avec les deux cuisses fléchies dans l'abduction, on voit d'un seul coup d'œil toute l'étendue de la maladie, et l'on se rend compte de la manière remarquable selon laquelle le pénis et le scrotum restent indemnes.

Quand l'*E. marginatum* a duré un certain temps, on voit survenir

(1) Cf., vol. I, p. 287; II, p. 7.

dans d'autres régions de nouvelles éruptions tout à fait analogues, en premier lieu sur l'abdomen ou la cuisse et même sur le sacrum dans le voisinage des parties primitivement affectées. J'ai remarqué par la suite, et souvent même avant la guérison de ces dernières, la même forme de maladie sur les points les plus divers, au dos, aux seins, à la nuque, et (dans un cas, chez une femme) aux extrémités. Dans ces circonstances, la maladie conservait ses caractères distinctifs, un rebord eczémateux d'une largeur uniforme (environ une ligne) et en dedans une surface d'une coloration foncée : pendant que dans les cas les plus tenaces et les plus étendus il ne s'est jamais manifesté d'autres changements tels que formation de pustules ou d'ulcères. Lorsque la guérison a lieu spontanément ou à l'aide d'un traitement approprié, tous les symptômes disparaissent complétement et ne laissent après eux qu'une légère pigmentation qui diminue graduellement jusqu'à ce qu'il ne reste plus aucune trace de la maladie, ni cicatrices, ni épaississement, ni blancheur de la peau.

Cette variété de l'eczéma n'est pas plus sujette aux récidives que les autres; en effet, rarement on la voit reparaître quand ont cessé les causes qui l'avaient originairement produite. Je me suis demandé pendant longtemps si l'on devait donner à cette affection le nom d'eczéma ; et, après avoir été convaincu que cette dénomination est la plus exacte, j'ai été encore indécis sur la question de savoir si la syphilis n'était pas la cause des caractères particuliers de cette forme de la maladie, cas où son nom devrait être *E. syphiliticum*. Mais je suis aujourd'hui tout à fait persuadé que celle-ci ni aucune autre variété d'eczéma ne doivent leur origine à la syphilis, et que, en réalité, il n'existe pas d'eczéma syphilitique. En parlant de l'étiologie de l'eczéma, j'aurai l'occasion de traiter plus amplement cette question (1).

(1) Le professeur Hebra s'est demandé longtemps, dit-il, si le nom d'eczéma convenait à l'affection qu'il décrit sous la dénomination d'*eczéma marginatum;* quant à nous, il nous est impossible de partager les hésitations du savant professeur. Si dans la description qu'il vient de faire on retrouve certains caractères de l'eczéma, on y rencontre bien plus tranchés encore ceux qui appartiennent aux maladies parasitaires. Du reste, l'auteur a modifié sa première opinion : ainsi, dans une note sur l'*existence des champignons dans l'eczema marginatum* (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1869, zweites Heft), tout en maintenant encore son diagnostic, il dit avoir trouvé depuis, dans beaucoup de cas, des productions végétales évidentes dont il n'admettait pas l'existence auparavant. Mais bien qu'il croie aujourd'hui à la présence fréquente d'éléments parasitaires dans les cas de cette nature, comme les recherches cliniques et expérimentales faites par Köbner (de Breslau), en 1864, l'avaient déjà démontré, ainsi que les observations ultérieures rapportées par le docteur Pick qui s'inocula avec succès des pellicules provenant de l'un de ses malades, il se refuse à identifier, comme les auteurs que nous venons de nommer, l'eczema marginatum avec l'herpès tonsurant. Car, dit-il :

1° L'herpès tonsurant a toujours une marche aiguë dans les parties non garnies de

Eczéma du pli des articulations (*E. articulorum*).

Personne n'ignore que bon nombre d'affections cutanées surviennent simultanément sur des régions symétriques du corps, mais on n'a pas encore trouvé l'explication de ce fait. On voit souvent le pso-

poils, c'est-à-dire qu'il guérit toujours dans l'espace d'environ deux mois, très-souvent sans récidive, tandis que l'eczema marginatum est d'une opiniâtreté sans exemple et récidive toujours, alors même qu'il paraît complétement guéri.

2° L'herpès tonsurant apparaît sous forme d'efflorescences multiples, et se généralise assez rapidement en quelques semaines, tandis que l'on ne rencontre que très-rarement plusieurs plaques d'eczema marginatum ; en effet, ce dernier s'enracine le plus souvent à l'endroit malade, ou bien s'étend par contiguïté. C'est ce que prouvent les cas que j'ai décrits, ainsi que ceux de Köbner et de Pick.

3° Le siége est complétement différent dans les deux affections : l'herpès envahit de préférence le cuir chevelu, la face, la peau du tronc, tandis que l'eczema marginatum affecte la peau de l'aine, de la face interne de la cuisse et apparaît en général dans les endroits où la peau est macérée et irritée par les sécrétions. Cette macération provoque l'eczéma d'une part et favorise de l'autre le développement des parasites.

En résumé, il conserve le terme : eczéma marginatum. Seulement, dans le but de rendre la définition plus exacte, on ajoutera le mot *parasitaire* pour les cas dans lesquels l'examen microscopique aura fait découvrir des parasites.

Depuis longtemps déjà M. Bazin, dans ses remarquables travaux sur les affections cutanées parasitaires avait noté que « les affections vésiculeuses ne sont pas moins » communes que les affections érythémateuses dans la période de germination du » tricophyton. Assez souvent ces éruptions vésiculeuses se disposent en petits groupes » de nombre variable qui, tantôt demeurent isolés pendant toute la durée de l'affection, » et tantôt au contraire se réunissent occupant de larges surfaces. La réunion des pla- » ques éruptives a lieu, non, comme on pourrait le croire, par l'intermédiaire de » groupes nouveaux, mais presque toujours par l'extension de ceux qui existent déjà, » et cette extension s'opère avec une régularité remarquable du centre à la circonfé- » rence, de sorte que la forme circulaire ne se perd jamais. Les poussées vésiculeuses » successives qui se font à la circonférence permettent à l'affection d'acquérir des dimen- » sions parfois considérables, lors même qu'il n'y a pour point de départ qu'un seul » groupe très-circonscrit. » (*Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, par le docteur Bazin, p. 156, etc.)

Les raisons données par le professeur Hebra sont loin d'être concluantes ; ainsi la différence de durée ne saurait être ici un signe diagnostique. Car, comme l'a très-bien fait remarquer M. Bazin, l'herpès tonsurant résiste souvent très-longtemps à nos moyens de traitement, par suite des difficultés que présente l'épilation dans des régions où il n'y a que des poils follets. Aussi pensons-nous que cette période de deux mois, assignée à la durée de l'herpès tonsurant, ne saurait être une base positive en faveur de l'assertion du médecin de Vienne. Il y a en outre des conditions générales et locales que nous sommes encore impuissants à démontrer qui peuvent faire varier à l'infini la durée de l'herpès tonsurant. Parvenue à sa troisième période, c'est en général une maladie longue qui persiste durant plusieurs années, et ce paraît être le cas quand elle siége dans les régions indiquées pour l'eczema marginatum.

Les deux autres raisons alléguées par le professeur Hebra pour conserver la dénomination d'eczema marginatum ne reposent pas non plus sur des données positives. Il n'est pas rare, en effet, de voir une seule plaque d'herpès tonsurant, surtout quand il se présente d'emblée à sa troisième période. Et quant au siége, si l'affection tricophytique est plus fréquente sur le cuir chevelu et à la barbe, on la rencontre cependant sur d'autres points du corps : seulement je crois que sur ces premières parties le diagnostic est plus facile par suite des conditions anatomiques spéciales à ces régions.

Aussi, malgré les nouvelles explications du professeur Hebra, persistons-nous à croire que dans le tableau qu'il donne de cette affection on trouve tous les signes caractéristiques de l'herpès tonsurant, et comme le docteur J. Pick, nous sommes disposé à

riasis, par exemple, occuper les genoux et les coudes, et les affections syphilitiques la paume des mains et la plante des pieds, tandis que les autres parties du tégument en sont indemnes. Il faut envisager de la même façon l'apparition d'un eczéma limité au pli de toutes les articulations ou de quelques-unes d'entre elles, et dans ces cas il se manifeste en général d'une manière symétrique. Ainsi il est rare que cette affection envahisse la peau d'une aisselle sans que celle du côté opposé participe au même processus. Lorsqu'elle a son siége au pli du bras, le creux des jarrets est également atteint, ainsi que les poignets et les malléoles. La seule exception à cette règle est la peau de l'aine, qui, sous le rapport de l'eczéma, ne correspond pas avec les autres articulations, mais bien plutôt avec les parties adjacentes des organes génitaux et des cuisses.

Un des caractères particuliers de cette forme d'eczéma est de diminuer la mobilité de la jointure atteinte; le malade en général la tient légèrement fléchie, et cela si fermement et si constamment qu'il est impossible de l'allonger sans déterminer de vives douleurs, dans certains cas même on est obligé de conserver l'immobilité absolue. Dans l'eczéma du jarret, les malades ne marchent jamais debout, mais toujours les genoux plus ou moins fléchis, et dans l'affection analogue du pli du bras ils conservent une position semblable du bras et de l'avant-bras, notamment lorsque la sécrétion s'est transformée en croûtes, ou que la peau elle-même est fortement infiltrée par le progrès de la maladie. Cette immobilité augmente nécessairement avec la durée de l'eczéma, mais surtout lorsque ce dernier gagne la face antérieure du genou ou du coude, et met ainsi le patient dans la nécessité de ne plier ni de redresser les membres affectés : un observateur inexpérimenté pourrait souvent confondre cet état avec une ankylose.

L'effet naturel des mouvements douloureux qui se produisent nécessairement dans ces circonstances est de déterminer des crevasses et des gerçures, des fissures et des rhagades, qui suivent toujours la direction des lignes et des sillons qu'on trouve à l'état sain au niveau des articulations malades. Ces fissures auront une profondeur correspondant avec l'intensité de l'attaque, quelquefois ne divisant que l'épiderme,

conclure que : l'*eczema marginatum d'Hebra est une affection cutanée parasitaire présentant les symptômes de l'herpès tonsurant vésiculeux réunis à ceux de l'intertrigo.* (Voyez les numéros 4 et 5, 1869, des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.*)

Enfin nous croyons que parfois aussi le diagnostic de l'eczema marginatum d'avec certaines affections syphilitiques serpigineuses pourra offrir quelques difficultés. Mais dans ces cas la présence de croûtes véritables sur les bords de la plaque, l'existence de cicatrices anciennes et l'examen microscopique feront cesser tous les doutes. (A. D.)

d'autres fois atteignant toute la peau. Dans le premier cas, elles apparaissent comme des raies d'un rouge brillant, d'où s'échappe la sécrétion eczémateuse, tandis que dans le second il s'y ajoute du sang qui, par la dessiccation, donne lieu à des croûtes rouge foncé ou noirâtres.

Ces caractères ont engagé les auteurs français à appliquer à cette variété le nom d'*eczéma fendillé*. Je ne vois pas cependant la nécessité d'avoir recours à une dénomination spéciale pour cette lésion, puisque son aspect particulier s'explique suffisamment par les rapports anatomiques des parties.

Eczéma des mains et des pieds (*E. manuum, pedum et digitorum*).

L'eczéma des doigts et des orteils présente des caractères semblables à ceux que je viens de décrire. Ici encore on rencontre des fissures plus ou moins profondes siégeant sur les articulations des phalanges dans le sens de la flexion et dans celui de l'extension, ainsi que sur celles du métacarpe et du poignet. Tandis que l'eczéma qui occupe les grandes jointures occasionne de violentes douleurs et entrave la mobilité des membres, le même effet se produit à un degré beaucoup plus prononcé aux mains et aux doigts, de sorte que le mouvement se trouve là réduit à son minimum. Ces fissures, cependant, ne sont pas les seuls effets de l'eczéma sur les mains et les pieds, et l'on est encore ici à même d'observer ses différentes formes aux degrés les plus divers. Ainsi, par exemple, l'*E. simplex seu vesiculosum* sera représenté par un nombre considérable de vésicules bien développées, remplies jusqu'à la tension, qui s'étendent sur toute la paume de la main, ou sont limitées aux doigts, ou même à des points plus circonscrits, comme aux extrémités ou aux côtés des phalanges, à leurs plis articulaires, au dos de la main, et constituent ainsi des sous-variétés telles que l'*E. digitorum*, l'*E. palmæ manus*, l'*E. dorsi manus*, etc. Grâce à l'épaisseur de l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds, l'exsudation s'accumule au-dessous pendant longtemps, ce qui favorise sa transformation en pus. Par conséquent, le premier résultat est le développement des pustules qui, à leur tour, déterminent, d'un côté, la tuméfaction de la peau et une inflammation lymphatique, et, de l'autre, la production de croûtes épaisses. Pendant que l'on trouve l'*E. simplex* et l'*E. impetiginosum* représentés par ces formes, les poussées successives de la maladie produisent l'aspect particulier à l'*E. rubrum s. madidans*, et ensuite à l'*E. squamosum*, suivant qu'il présente

la surface rouge et sécrétante du premier ou les plaques rouges infiltrées et en desquamation du dernier.

L'eczéma des pieds et des orteils donne lieu aux mêmes phénomènes que celui des mains, avec lequel il coexiste ordinairement, et lorsqu'il offre une certaine intensité il rend impossible la marche et même l'usage des bas.

Eczéma des jambes (*E. crurum s. extremitatum*).

On a toujours attaché une importance particulière à l'eczéma des jambes, et l'on a prétendu que ses symptômes et ses causes le différenciaient des autres variétés. On lui a également donné un nom bien connu et spécial, celui de *fluxus salinus*. Et, bien que je ne puisse pas reconnaître à l'eczéma des jambes l'importance d'une affection *sui generis*, et que je le considère comme étant essentiellement identique, quant à son étiologie et à ses caractères, aux autres variétés de cette dermatose, j'admets cependant qu'il est convenable de le ranger dans un chapitre à part. Car non-seulement la région produit certaines modifications dans l'aspect général de l'eczéma, mais il survient fréquemment ici comme une conséquence d'autres et de plus graves maladies de la peau; il peut ainsi revêtir les caractères d'une affection spéciale, et cacher ceux qu'une observation attentive permet de reconnaître comme appartenant à un eczéma *optimæ formæ*.

Le premier point à noter est que la peau des membres inférieurs est fréquemment atteinte, par suite de la présence de veines variqueuses, soit avec dermatitis chronique et infiltration de ses tissus, soit avec ulcération, et, comme résultat de ces lésions, de cicatrices ou de plaques pigmentées foncées. Un œdème passager ou durable pourra être le résultat des mêmes causes, et à la longue la peau et les tissus sous-cutanés deviendront durs et épais. Or, lorsque l'eczéma attaque une partie présentant déjà les altérations que je signale, il n'est pas étonnant de le rencontrer caractérisé tantôt par un excès de pigment, tantôt par sa distribution périphérique autour de la cicatrice d'un ancien ulcère variqueux, variété qui est souvent provoquée par l'application de bandes de diachylon. Puis encore, l'hypertrophie du membre déterminée par l'œdème et la pachydermie donne une dimension plus grande en apparence à une jetée d'eczéma, dont elle semble être la conséquence bien plus que l'antécédent.

Il y a des médecins qui aimeraient à se baser sur ces aspects si diversement modifiés pour en faire autant de périodes de cette forme d'eczéma. Mais quoiqu'il soit facile d'observer bien des degrés d'infiltra-

tion, il n'est pas possible de tirer entre eux une ligne de démarcation assez précise pour permettre d'établir un nombre défini de périodes. Je ne pense pas non plus qu'une pareille division puisse offrir quelque avantage pratique, le seul point important à noter pour le dermatologiste et pour le médecin praticien étant l'épaississement tégumentaire considérable qui accompagne l'eczéma des jambes et le différencie des autres variétés locales. Quiconque est familier avec l'eczéma lui-même et connaît ses divers degrés, de l'*E. simplex seu vesiculosum* à l'*E. impetiginosum* et à l'*E. squamosum*, sera à même de le reconnaître aux extrémités inférieures aussi facilement que sur diverses autres régions, telles que les mains ou les coudes, et d'autant plus qu'il prend ici en général un caractère très-tranché.

Diagnostic. — Il résulte de la description ci-dessus de la marche de l'eczéma que son aspect n'est pas toujours le même, et qu'il est en conséquence nécessaire de comprendre un nombre considérable de symptômes comme signes diagnostiques. Dans un cas, des vésicules discrètes ou réunies en grande quantité (in Haufen) — jamais en groupes — indiquent un *E. simplex*, tandis que l'*E. papulosum s. lichenoides* est caractérisé par des papules, mélangées à des vésicules ou isolées, séparées les unes des autres ou agglomérées, de la grosseur d'un grain de millet, avec une surface luisante et un contenu liquide.

L'*E. rubrum*, d'autre part, se distingue à sa surface rouge et sécrétante d'une étendue plus ou moins considérable, ou à ses nombreux points miliaires d'une teinte rouge foncée et humides, que l'on peut considérer, soit comme les bases des vésicules primitives, soit comme la première période de l'*E. rubrum* dans sa variété la plus étendue ; car cette dernière semble consister dans la réunion d'un grand nombre de ces petits points rouges et humides. Comme le contenu des vésicules de l'*E. simplex* ou les papules de l'*E. papulosum*, et le liquide exsudé de l'*E. rubrum* deviennent à la longue purulents, et que le pus se dessèche sous forme de croûtes, on doit considérer l'*E. impetiginosum* comme le résultat des variétés ci-dessus mentionnées, aussi le voit-on en général coexister avec l'une de ces dernières et même avec toutes. Lorsque l'encroûtement a eu lieu, il est impossible de porter le diagnostic d'eczéma impétigineux, à moins qu'il n'y ait pas de papules ni de vésicules autour des croûtes et à moins aussi qu'après leur ablation on n'aperçoive pas au-dessous d'elles la surface rouge et humide de l'*E. rubrum*.

Enfin, il est très-facile de distinguer l'*E. squamosum* (*Pityriasis rubra*) avec sa surface rouge, légèrement infiltrée et étendue, recouverte de

squames minces, des autres affections de la peau, telles que le psoriasis et le lichen, qui lui ressemblent.

Toutes ces variétés d'eczéma sont accompagnées d'excoriations plus ou moins nombreuses, c'est-à-dire que l'épiderme est arraché par les grattages énergiques que détermine la vive irritation, effet constant de la maladie. Mais le prurit n'est pas le même dans toutes les attaques d'eczéma; et, même dans le cours des mêmes poussées, l'excitation varie de temps à autre, disparaissant parfois complétement durant plusieurs jours; aussi les résultats des grattages existeront-ils à tous les degrés, depuis la ligne la plus légèrement blanche, furfuracée, jusqu'à une plaie assez profonde pour mettre le chorion à nu.

Dans le but, toutefois, de rendre plus claire la ressemblance entre ces formes d'eczéma et certaines autres affections, je vais tracer une esquisse rapide de leur diagnostic différentiel.

Pour éviter de confondre l'*E. simplex s. vesiculosum* avec l'*herpès*, il suffit de se rappeler le groupement particulier et la région spéciale de la dernière éruption, sa marche aiguë et régulière (typisch), l'absence de prurit et la douleur brûlante qu'elle occasionne. De plus, l'herpès ne récidive pas, ou du moins seulement à de longs intervalles, comme dans l'*H. iris*, et ce dernier ne se reproduit pas avant l'expiration d'une année.

En examinant la distinction entre l'eczéma et les *vésicules miliaires*, on ne doit pas oublier que l'on a seulement affaire à la forme que j'ai décrite ci-dessus (p. 384) comme *Miliaria crystallina*, attendu que les variétés appelées *M. rubra et alba* n'ont rien de commun avec cette affection, et qu'il faut, en réalité, les envisager uniquement comme des formes d'eczéma. La vraie miliaire se distingue suffisamment de l'eczéma en ce qu'elle affecte des régions spéciales (la poitrine ou l'abdomen), et cela par groupes, tandis que les vésicules eczémateuses surviennent ordinairement en grand nombre sur un espace restreint, et sont ainsi pressées les unes contre les autres; de plus, les éruptions miliaires ne s'accompagnent pas de la démangeaison caractéristique de l'eczéma, ni d'aucune sensation désagréable; la première affection est presque toujours compliquée de quelque mouvement fébrile, et, par sa courte durée, elle contraste avec l'absence de troubles constitutionnels et la persistance que l'on rencontre dans l'eczéma.

Quant à la *gale*, on sait que des vésicules qu'il est impossible de distinguer de celles de l'eczéma, surviennent dans les points où se trouvent les jeunes acares et dans le voisinage des sillons des femelles. Mais puisque plusieurs acares ne creusent pas leur sillon à côté l'un de

l'autre, on n'observe jamais des amas de vésicules se touchant, et ainsi leur isolement et leur apparition dans les retraites favorites du parasite (les mains et les pieds) servent, sinon comme signes caractéristiques de la gale, du moins comme une présomption de sa présence, bien plus que de celle de l'eczéma.

La forme papuleuse de l'eczéma, désignée souvent sous le nom de lichen, se reconnaîtra assez aisément de l'affection que je considère comme *lichen*, si l'on n'oublie pas le point sur lequel j'ai insisté dans la définition donnée ci-dessus (p. 52). Le trait caractéristique le plus important des papules du véritable lichen, c'est que durant toute leur évolution elles ne subissent aucune transformation en vésicules, pustules ou croûtes, mais conservent au contraire depuis leur début jusqu'à leur disparition sans changement aucun, la forme papuleuse. Dans l'eczéma, au contraire, on voit ses papules toujours remplies de sérosité, la plupart même lorsqu'elles apparaissent encore comme des élevures dures, pas plus grosses que des grains de millet; de sorte qu'elles se transforment rapidement en vésicules ordinaires quand leur enveloppe épidermique devient plus mince. En outre, on observe que les papules lichénoïdes sont, par suite de leur marche chronique, toujours recouvertes d'une couche plus ou moins épaisse de squames, tandis que celles de l'eczéma ont une surface unie et luisante; parce que, étant sous la dépendance de l'humidité sous-épidermique, elles se dessèchent lorsque la maladie rétrocède, ou deviennent des vésicules quand elle poursuit son cours. Enfin, il ne faut pas oublier que les vésicules de l'eczéma surviennent rarement seules, elles sont en général associées à d'autres manifestations eczémateuses, tandis que les papules caractéristiques du lichen s'accompagnent seulement d'autres altérations de même nature. On doit évidemment ranger parmi les variétés de mon *E. papulosum* les formes de lichen décrites par Willan comme *L. agrius* et *tropicus :* en effet, les anciens auteurs et même les plus modernes, les ont considérés tous les deux comme appartenant bien plutôt aux sudamina ou à l'eczéma qu'au lichen (1).

Il n'est guère possible aujourd'hui de confondre l'*E. rubrum seu madidans* avec une autre affection, si l'on s'entend bien sur son aspect spécial. Mais l'ancienne idée d'un « ulcère » de la peau, telle

(1) L'exemple du *lichen tropicus* de Willan, choisi par Hebra pour démontrer que l'eczéma commence par des papules pour se transformer ultérieurement en vésicules est parfaitement exact. Seulement, comme l'a très-bien fait remarquer le docteur Tilbury Fox, le *lichen tropicus* de Willan n'est nullement un lichen, le siége anatomique de cette dernière affection se trouvant dans les follicules sudoripares qui se réunissent et s'enflamment. (A. D.)

que cette lésion est décrite et figurée dans un ouvrage du docteur J. N. Rust, qui parut à Berlin, en 1842, et comme le disent encore quelques praticiens actuels, me met dans l'obligation d'insister sur la grande différence existant entre un eczéma humide et un *ulcère cutané sécrétant*. Tandis que, dans ce dernier cas, on observe toujours une perte de substance qui ne se répare que lentement, il n'y a rien de semblable dans l'eczéma, le chorion est intact et simplement hypérémié; l'épiderme seul est mal développé. Par conséquent, l'*E. rubrum* ne détermine ni une dépression, ni une élévation prononcée de la partie affectée, mais seulement une tuméfaction du derme; tandis que tous les ulcères cutanés, par suite de la destruction du chorion, occasionnent nécessairement des dépressions plus ou moins profondes, ou dans d'autres circonstances élèvent leur surface au-dessus du niveau de la peau voisine par des granulations exubérantes. Une observation attentive de la partie montre également que dans tous les cas d'*E. rubrum*, il y a de nombreuses taches punctiformes, d'un rouge intense, d'où exsudent de petites gouttes de sérosité (ces points sont, en effet, les bases des vésicules qui se sont déchirées ou ont été autrement détruites), tandis que la surface d'un ulcère est uniforme ou inégale et granulée, mais ne présente jamais l'aspect que je viens de décrire. En outre, l'*E. rubrum* est le siége de violentes démangeaisons, et occasionne ainsi des grattages et des excoriations; dans l'ulcère, au contraire, cette sensation est remplacée par de la douleur. Et si, en dernier lieu, on se rappelle que l'eczéma guérit sans laisser de cicatrices et que, d'autre part, l'ulcération n'est jamais suivie d'une régénération complète du derme, tous les signes que je viens d'énumérer seront certainement suffisants pour établir une ligne de démarcation entre les deux formes morbides.

D'un autre côté, il est impossible de distinguer l'*E. impetiginosum* de l'*Impétigo* des auteurs, notamment de ces formes qui commencent par des pustules achoreuses et psydraciées. J'ai donc préféré considérer comme réellement identiques avec la variété impétigineuse de l'eczéma, les suivantes de ses rivaux, savoir : le *Porrigo favosa* (planche 42), le *P. larvalis* de la face (pl. 41), le *P. larvalis* (pl. 37), l'*Impetigo scabida* (pl. 36), *I. sparsa* (pl. 39), *I. figurata* (pl. 34) de Willan; la Teigne granulée (pl. 2), la *T. muqueuse* (pl. 5), la *Dartre crustacée stalactiforme* (pl. 17), d'Alibert; l'*Impetigo faciei*, de Willan (fascicule II), et enfin les diverses formes de maladie décrites comme des espèces différentes d'impétigo, par Biett, Cazenave et Schedel, et par la plupart des dermatologistes de nos jours, français, anglais et alle-

mands. Bien que j'aie déjà plusieurs fois, dans cet ouvrage, présenté les motifs à l'appui de cette manière de voir, je dois cependant répéter ici que tout observateur se convaincra de l'identité de ce qu'on a appelé variétés d'impétigo avec l'eczéma impétigineux, lorsque, après avoir enlevé les croûtes gommées jaunes ou vertes (1), il reconnaîtra immédiatement la surface sous-jacente rouge et humide comme l'aspect caractéristique de l'*E. rubrum*, et s'il continue à surveiller le processus, il verra la sécrétion qui s'accumule sur la partie dénudée former des couches puriformes qui, finalement, se dessèchent en croûtes semblables à celles qu'on a enlevées en commençant et reproduisent ainsi l'aspect de l'impétigo ou *E. impetiginosum.*

La forme de maladie qu'on peut avec raison désigner sous le nom de *Pityriasis rubra,* mais que j'ai pour la première fois appelée *E. squamosum*, exige ici une mention spéciale pour justifier mon opinion sur sa nature, et le distinguer des états morbides qui présentent des analogies avec lui. Renvoyant à la page 472 pour mes remarques générales sur le *Pityriasis rubra*, je puis insister sur ce fait bien connu que les premières périodes d'une poussée d'eczéma qui ensuite traverse le processus régulier de vésiculation, de sécrétion, de pustulation et de formation de croûtes, que ces premières périodes, dis-je, sont souvent marquées par une simple coloration rouge de la peau et une légère infiltration de cet organe, accompagnée d'une desquamation peu abondante. Et, — ce qui est encore plus instructif, — on observe fréquemment comme dernière phase d'un eczéma intense, après que les croûtes sont tombées et que toute humidité a disparu, une surface rouge et en desquamation. Il est évidemment bien plus rationnel de considérer ces phénomènes au début et à la fin d'une éruption eczémateuse, qui représentent manifestement une portion du processus entier, comme étant des formes d'eczéma, que de dire, à l'instar de mes prédécesseurs, qu'un eczéma procédait d'un *Pityriasis rubra*, et que, après que ce dernier avait parcouru son évolution, le *Pityriasis rubra* survenait de nouveau, comme phase terminale de la poussée.

Si donc on accepte ma définition comme logiquement établie, il reste la question de savoir comment il est possible de distinguer l'*E. squamosum* du *Pityriasis*, du *Lichen*, du *Lupus erythematosus*, etc. Si l'on porte son attention sur les phénomènes caractéristiques du lichen et du psoriasis, on évitera toute chance de les confondre avec l'eczéma, lorsqu'ils occupent des régions étendues ; car dans un petit

(1) La formation de ces croûtes doit toujours être en progrès ; car si elle a cessé, leur enlèvement ne fera que montrer la peau sous-jacente à l'état d'*E. squamosum*.

nombre de cas, il est réellement difficile de décider si une affection localisée est un *E. squamosum* ou non, notamment quand elle est limitée au cuir chevelu, aux mains ou aux pieds.

Les traits à rechercher sont les vésicules, les croûtes et les plaques humides qui manquent rarement dans le véritable eczéma, quelque restreint qu'il soit, et les éruptions spéciales et nettement définies du psoriasis et du lichen.

En outre, la comparaison de la tuméfaction et de la desquamation légères de l'*E. squamosum* avec l'enflure et la rougeur intenses, la production abondante de squames, que l'on rencontre dans le psoriasis et le lichen, les continuels changements d'aspects dans l'eczéma, comparativement à l'uniformité du psoriasis, feront cesser tous les doutes quant au diagnostic, dans le cours d'une observation prolongée, sinon dès le premier coup d'œil.

Pronostic. — On peut en général espérer un résultat beaucoup plus favorable dans l'eczéma que dans bon nombre d'autres affections chroniques de la peau ; car bien qu'il survienne fréquemment des récidives, on ne les observe cependant pas aussi régulièrement qu'après le psoriasis, le prurigo et le lichen. Toutefois les variétés d'eczéma présentent, à cet égard, des différences. Ainsi l'eczéma aigu (si cette qualification est bien appliquée) reviendra peut-être deux ou trois fois, mais après cela il disparaîtra ordinairement tout à fait, ou du moins ne se manifestera pas de plusieurs années. Dans la forme chronique, le pronostic dépend beaucoup de la région affectée. L'eczéma du cuir chevelu ou de toute autre partie garnie de poils, est certainement, en règle générale, d'une ténacité particulière ; mais une fois la guérison obtenue il est rare qu'il revienne. L'eczéma de la face chez les enfants (*Crusta lactea*) suit, dans la plupart des cas, s'il n'est pas aigu, une marche qui n'est pas très-chronique, et se termine le plus souvent au bout de quelques semaines, sans se reproduire pendant le reste de la vie du malade. Lorsqu'il a persisté durant plusieurs mois, il est évident que le caractère de l'affection est particulièrement rebelle, et dans ce cas il revient ordinairement à différentes reprises.

Lorsque l'eczéma se manifeste pour la première fois chez un adulte il prend habituellement la forme impétigineuse, et se prolonge rarement plus de quelques semaines, disparaissant toutefois pour reparaître à la plus légère provocation. La maladie est surtout ennuyeuse quand elle envahit les lèvres, les paupières ou les oreilles, et sur le tronc on observe une ténacité analogue ainsi que la tendance aux récidives dans l'eczéma du mamelon, du nombril, des parties génitales et de l'anus.

L'*E. marginatum* appartient aux formes de la maladie les plus facilement curables et les moins sujettes aux récidives.

Quand les articulations dans le sens de la flexion sont envahies, un traitement approprié réussit, règle générale, en peu de temps; mais l'affection reviendra fréquemment.

D'un autre côté, l'eczéma des jambes exige un traitement beaucoup plus long; mais si ce traitement est suivi d'une manière régulière et si les influences extérieures ne continuent pas à agir d'une façon nuisible, la récidive est tout à fait l'exception. De toutes les variétés d'eczéma, la plus rebelle et la plus difficile à guérir est celle qui a son siége sur les doigts, et là aussi les rechutes sont fréquentes. Nécessairement l'eczéma qui est le résultat de causes externes, telles que la chaleur et le froid, l'action du savon et d'autres irritants, le frottement des vêtements et la pression de ligatures se reproduira avec d'autant plus de facilité que le malade est moins à même d'éviter ces conditions; autrement on n'a pas à craindre que la maladie revienne d'elle-même.

Il est naturellement impossible de porter un pronostic certain sur l'eczéma spontané, c'est-à-dire provenant de causes que l'on ignore. L'observation démontre que beaucoup de cas de ce genre se terminent par une seule poussée, tandis que d'autres reviennent de temps en temps durant plusieurs années, et même pendant le reste de l'existence du malade.

Je ne puis nullement appuyer de ma propre expérience la théorie si souvent affirmée, que les eczémas qui surviennent chez les scrofuleux, les rachitiques, les tuberculeux, ou chez les malades atteints d'autres diathèses, peuvent être distingués de ceux qui se manifestent spontanément ou résultent de lésions externes, par la persistance de leur marche en dépit des remèdes, et par leur tendance aux récidives; car j'ai quelquefois vu, chez des enfants ainsi que chez des adultes, un eczéma extrêmement tenace chez un sujet de bonne santé et le même guérir rapidement chez un scrofuleux. Il ne faut pas oublier pourtant ce que j'ai déjà plusieurs fois répété dans ces pages, que quand un individu affecté d'un eczéma est atteint d'une autre affection grave, accompagnée ou non de fièvre, il en résulte souvent la diminution ou même la guérison de la maladie primitive. Mais la réciproque n'est jamais vraie : la guérison d'un ancien eczéma n'est jamais la cause d'autres affections. De sorte que l'alternance que l'on a décrite entre les maladies eczémateuses et d'autres affections ne se produit que si un eczéma disparaît au moment de l'invasion d'une attaque aiguë d'une autre maladie et revient quand celle-ci est passée; le premier terme de

la série est toujours l'apparition d'une nouvelle maladie, jamais la guérison de l'ancienne. Si quelques médecins, comme Niémeyer, n'ont pas le courage de traiter un eczéma localement, lorsqu'une ophthalmie rebelle, une dyspepsie chronique, ou quelque autre trouble important a disparu depuis qu'il s'est manifesté, par la raison que de tels eczémas « sont *évidemment* substitués aux premières affections », je ne voudrais en aucune façon les encourager à le faire, puisque, quelque subjective que soit cette opinion, elle doit être respectée. Il me sera toutefois permis, d'après ma propre expérience, d'affirmer avec certitude à toute personne qui ne s'est pas déjà formé des opinions subjectives, que ni l'ophthalmie, ni la dyspepsie chronique, ni aucune affection sérieuse n'ont jamais été guéries par un eczéma chronique, que celui-ci ait été spontanément ou artificiellement produit.

J'ai effectivement fait cette observation digne de remarque, c'est que des médecins ont parlé de métastases sur les organes internes, d'alternances et de danger de guérir les maladies chroniques de la peau, tant que les moyens de guérir l'eczéma leur furent inconnus. Aussitôt qu'ils pouvaient se convaincre du succès d'une médication anti-eczémateuse quelconque, ils étaient les premiers à abandonner leur doctrine primitive et à devenir mes disciples les plus zélés. Il n'est pas plus impossible d'atténuer, d'enlever ou (comme on l'a dit) de faire sortir par dérivation une affection du cerveau, des poumons ou de l'abdomen à l'aide d'applications irritantes sur la peau, qu'il ne l'est de produire une maladie interne par la guérison d'un eczéma. Tout ce qu'on a enseigné du contraire est de pure imagination, le résultat d'une observation inexacte, de vues erronées sur les processus naturels du corps humain. Quand on allègue comme preuves de la théorie de la dérivation que dans la variole la fièvre diminue dès que l'éruption se manifeste sur le tégument, ou que l'apparition de l'herpès atténue des symptômes aigus, ou que des dépôts métastatiques réels dans la peau sous forme de furoncles et d'abcès sont envisagés comme des crises favorables, il faut en premier lieu se rappeler la différence qu'il y a entre de semblables éruptions ou dépôts spontanés et ceux produits artificiellement; et en outre il ne faut pas perdre de vue que les éruptions cutanées de la variole et de l'herpès peuvent bien être considérées seulement comme des parties du processus général, et non comme étant des évacuations d'une *materia peccans*, — sans cela on désirerait une éruption abondante plutôt qu'une poussée discrète, tandis que l'expérience pratique enseigne précisément tout le contraire. De la même manière on peut rejeter comme une théorie dénuée

de fondement et comme une explication arbitraire des processus physiologiques, l'assertion qu'il est nécessaire d'employer des purgatifs dans la guérison des vieux eczémas, « afin de ne pas supprimer brusquement l'excrétion à laquelle la nature est habituée, mais de la remplacer par une autre sécrétion artificielle ». Ainsi il faut, en dernier lieu, revenir à cette loi que toute poussée d'eczéma peut et doit être guérie aussi rapidement et aussi bien que possible, et que l'on n'a pas à craindre qu'il en résulte jamais le plus léger inconvénient. Si l'on a quelque chose à regretter, au contraire, c'est que nos remèdes soient encore trop lents à opérer et qu'on ne puisse pas toujours prévenir la récidive de la maladie.

Anatomie. — Les changements occasionnés dans la peau par le processus eczémateux varient selon sa durée. Lorsque sa marche est aiguë et qu'il ne persiste pas longtemps, la tuméfaction des cellules épidermiques est plus prononcée que l'infiltration séreuse du chorion, et par conséquent on observe un développement considérable de papules et de vésicules et ultérieurement la mise à nu du *rete mucosum*, par suite de la destruction des couches superficielles de l'épiderme, tandis qu'il n'y a qu'un léger œdème du derme. Chacune des vésicules est constituée par une goutte de sérosité située entre les feuillets épidermiques, de sorte que leur formation n'est possible qu'au début de la maladie, alors que ces feuillets sont assez nombreux pour résister à la pression du liquide. Mais lorsque l'éruption vésiculeuse a persisté pendant quelque temps et que par le lavage on a successivement enlevé chaque couche l'une après l'autre, le liquide nouvellement sécrété ne trouve pas d'enveloppe cornée, et après avoir traversé les fines couches épidermiques récemment formées, il atteint la surface sans obstacle. Les petits points rouges que l'on observe souvent dans l'*E. rubrum* représentent des vésicules qui ont ainsi perdu leur enveloppe épidermique.

Lorsque l'eczéma a duré plus longtemps, des changements d'une autre nature surviennent graduellement dans toute l'étendue de la peau ; l'épiderme prend une teinte plus foncée, les lignes et sillons sont plus profonds, et les saillies situées entre eux plus dures et plus proéminentes ; au toucher, elle est rude, sèche et cassante, tandis que les papilles sont hypertrophiées au point d'être visibles à l'œil nu, le derme semble durci, son tissu plus dense et fréquemment hypertrophié, atteignant ainsi plusieurs pouces d'épaisseur. De cette manière, le tégument des membres inférieurs peut souvent devenir si épais, dans le cours d'un eczéma chronique, qu'il en résulte l'aspect connu sous le nom de Pachydermie ou *Elephantiasis Arabum*.

L'examen microscopique ne m'a pas donné, ni à moi, ni à d'autres observateurs, au nombre desquels je citerai particulièrement Gustave Simon, plus de résultats que ceux que j'ai déjà mentionnés en décrivant le contenu des vésicules en général (p. 13). L'opinion qui s'est manifestée de divers côtés que la dégénérescence amyloïde touche de près au principe de l'eczéma chronique peut, je ne le nie pas, se soutenir pour les cas apportés comme preuve de cette doctrine; mais elle ne saurait être acceptée comme s'appliquant à ce que l'on doit généralement entendre par eczéma.

Étiologie. — La méthode que nos prédécesseurs et nos contemporains ont adoptée pour la recherche des causes de cette maladie n'a nullement répondu aux justes exigences de la science à cet égard. L'usage est universellement sanctionné pour le médecin de s'adresser au malade ou à ses amis et de leur demander de lui apprendre comment l'affection a débuté. La première étape dans cette investigation est de scruter l'historique : le docteur s'informe du tempérament du malade, de ses affections antérieures, de ses vertus et de ses vices, de son âge et de sa religion; il pose les mêmes questions au sujet de ses parents et de ses grands parents, et finalement il se trouve satisfait quand il peut fonder sa conclusion, quant à la cause de la maladie, sur les renseignements qu'il a ainsi obtenus. Or, bien que je ne veuille pas soutenir que le récit fait par chaque malade doive être réputé entièrement inexact et de nulle valeur, et qu'il ne faut en conséquence jamais y croire, je suis pourtant convaincu qu'on ne doit se servir des documents fournis par un malade qu'autant qu'ils reposent sur des faits dont il est possible de s'assurer et ne sont pas en contradiction avec l'expérience et l'observation. Il ne faut jamais oublier que tout malade, même le plus instruit, est si profondément influencé par ses opinions personnelles préconçues, les vues traditionnelles erronées et les préjugés du pays où il demeure, par ses amis et par les impressions de son éducation première, que toutes ces considérations jouent un rôle beaucoup plus important dans ce qu'il raconte que ne le font ses propres sensations.

Ceci explique comment il arrive que les malades, en exposant leur histoire, amalgament toujours le récit de leurs douleurs et de leurs maux avec les remèdes que l'on a employés, les causes supposées de la maladie et les avis d'autres médecins et de leurs connaissances; et il est bien difficile d'édifier, avec cette narration confuse, un exposé rationnel et logique des faits. Ceci étant, il est impossible de nier que les assertions d'un seul malade ne doivent

avoir qu'une valeur très-secondaire aux yeux du médecin observateur, et que le témoignage unanime d'un grand nombre d'individus affectés de la même manière, ajouté aux observations exactes et continuées pendant des années entières, sont les seuls guides qui peuvent nous conduire à une étiologie vraiment scientifique.

Il n'est possible d'atteindre ce résultat qu'à l'aide de statistiques rigoureuses; il faut rechercher dans quelles conditions certaines maladies surviennent *constamment*, et quelles sont, au contraire, celles qui *excluent* ces affections. Après, devraient venir des observations sur les états qui rendent possible l'apparition d'une certaine maladie, mais qui ne font pas, comme les premières, de son apparition une conséquence nécessaire. Ajoutons à cela les résultats de l'expérience quant au concours de plusieurs états morbides qui, par leur manifestation souvent simultanée, rendent probable quelque rapport mutuel, bien qu'il soit encore impossible de remplir les degrés intermédiaires entre la cause et l'effet.

La nécessité pour une pareille investigation d'une observation longtemps continuée et d'une vaste expérience, appuyées sur de nombreux matériaux, est parfaitement évidente; mais pour peser les résultats des statistiques, l'absence de préjugés et l'amour de la vérité sont des qualités presque aussi importantes.

Les matériaux que j'ai à ma disposition en travaillant à l'étiologie de l'eczéma consistent en plus de 6000 cas; d'après les registres officiels, le nombre annuel de malades traités pour cette affection dans l'hôpital de Vienne dépasse 300.

Il survient plus souvent chez les hommes que chez les femmes, dans la proportion de deux à un, mes 6000 malades comprenant 4000 hommes et 2000 femmes. Comme les enfants ne sont pas admis dans cet hôpital au-dessous de quatre ans, il ne s'en trouve dans les 6000 cas aucun au-dessous de cet âge, mais toutes les autres périodes de la vie, même la plus avancée, y sont représentées. C'est par l'emploi consciencieux de ces matériaux, ainsi que par l'expérience que j'ai acquise pendant plus de vingt ans dans d'autres hôpitaux et dans la pratique privée, que je suis arrivé aux conclusions suivantes par rapport à l'étiologie de l'eczéma, conclusions que je vais actuellement exposer en détail.

On peut diviser les influences produisant l'eczéma en celles qui sont connues et celles qui ne le sont pas. Les premières sont : 1° celles qui, extérieures au corps, déterminent la maladie par une action locale

directe, c'est-à-dire idiopathiquement (1); 2° celles qui ont leur siége dans l'organisme lui-même, et fréquemment, sinon toujours, donnent lieu à la même affection.

Des agents externes, les uns occasionnent l'eczéma par leur composition chimique, d'autres par leur température, quelques-uns par leur action mécanique, et quelques autres enfin par la réunion de ces différentes influences. Tous provoquent une éruption d'eczéma, dans toutes les circonstances; c'est-à-dire inévitablement, s'ils peuvent agir sur la peau pendant assez de temps et assez fortement.

Les *irritants chimiques*, notamment, altèrent la nutrition des tissus de la peau au point précis sur lequel s'exercent leur action et déterminent des collections de liquide sous l'épiderme ainsi que la tuméfaction des glandes sébacées. A cette classe appartiennent plusieurs substances, employées surtout comme remèdes, dont on se servait beaucoup autrefois (et même trop encore aujourd'hui) dans le but d'obtenir certains effets par la méthode révulsive de traitement. Tels sont l'huile de croton, la teinture de cantharides, les vésicatoires, le tartre émétique en solution et en pommade (*ung. Autenriethi*), le mézéréum, l'huile de térébenthine, les onguents contenant de la térébenthine ou d'autres oléorésines irritantes, l'ellébore blanc et noir, la moutarde (*oleum sinapis*), les alcalis caustiques, le soufre surtout en fumigation) et certaines de ses préparations, enfin celles de mercure. A celles-ci il faut ajouter la lessive, le savon, les acides dilués, diverses teintures, et d'autres substances qui sont souvent et inévitablement en contact avec la peau dans certaines fabriques. Ces substances, lorsqu'on les emploie sous une forme concentrée, déterminent, comme je l'ai déjà dit, dans chaque cas une poussée plus ou moins forte d'eczéma, mais pas toujours dans le même temps ni de la même variété. La plupart de celles que j'ai mentionnées en premier lieu qui appartiennent à la classe des irritants végétaux, produisent en général leur effet sur la peau dans un espace de temps très-court, sous forme de vésicules et de bulles, et donnent ainsi naissance à la forme vésiculeuse de l'eczéma; les autres, tirées du règne minéral, n'occasionnent des modifications à la peau qu'après un emploi beaucoup plus prolongé, leur action produisant en premier lieu des papules et ensuite en partie de la vésication, en partie l'apparence connue sous le nom d'*E. rubrum*.

On a attribué une grande importance à la forme de l'affection déter-

(1) Ce mot est employé ici, comme il l'est en général par les auteurs allemands, pour désigner une affection qui n'est pas simplement un symptôme de quelque maladie interne. (A. D.)

minée par le mercure, et l'on a créé pour elle une dénomination spéciale, sous le terme de *E. mercuriale s. Hydrargyria.* On la décrit comme une maladie commençant par des papules rouges, des vésicules, ou de petites pustules qui se multiplient ordinairement sur une grande étendue et très-près les unes des autres ; on prétend qu'elle est le résultat de l'usage interne des mercuriaux ainsi que de leur application directe sur la peau. En m'en référant sur ce dernier point à mon expérience personnelle, je ne puis admettre l'apparition de l'hydrargyrie que, par suite de l'emploi local du mercure, et j'affirme avec certitude que jamais l'administration interne d'aucune espèce de préparations mercurielles n'a donné lieu à une affection tégumentaire. L'*E. mercuriale* s'observe le plus souvent après l'application de l'onguent gris, qu'elle ait lieu chez un sujet en bonne santé ou malade. Que l'on ait eu recours à ce remède pour détruire des *pediculi pubis* ou pour guérir la syphilis, ses effets sont exactement les mêmes. Cette variété d'eczéma n'offre pas de symptômes caractéristiques, car on observe des résultats tout à fait identiques à la suite de l'usage des autres irritants cutanés, notamment de celui du soufre et du sulfate de cuivre, et elle se comporte, sous tous les rapports, comme tout autre eczéma artificiel.

Les agents suivants ont des effets moins certains que ceux déjà indiqués, ils ne provoquent la maladie que dans des conditions appropriées, ou sur certains individus ; tels sont l'irritation causée par une température normale, par l'action de l'eau et de la sueur, par une pression mécanique, le frottement, les grattages et la présence de certains épizoa.

Tout le monde connaît le pouvoir de la *chaleur et du froid* dans la production de l'eczéma : celui de la chaleur, notamment, a de tout temps été reconnu et indiqué par des noms comme *E. solare* (Willan) « prickly heat » des Anglais, *calori* des Italiens — sudamina, *Psoriasis pistoria* (gale des boulangers, Bäkerkrätze).

Il faut particulièrement insister sur ce point que la même température absolue n'est pas nécessaire pour que la production de l'eczéma au moyen de la chaleur ait lieu ; et également que ceux qui peuvent souvent exposer sans inconvénient leur peau à un certain degré de chaleur, sont d'autres fois tellement affectés par la même température qu'ils en subissent une poussée d'eczéma. Par exemple, une foule de personnes supportent parfaitement la chaleur du soleil, et tout au plus trouve-t-on après qu'elles y ont été exposées, de la rougeur, de la pigmentation et de la desquamation ; et pourtant, dans d'autres circon-

stances, en apparence dans les mêmes conditions, on voit survenir des vésicules ou même des bulles, avec une tuméfaction plus ou moins considérable de la peau. On rencontre les mêmes différences chez les forgerons, les serruriers, ferblantiers, cuisiniers et autres individus qui, par leurs occupations, sont exposés à une température élevée.

Toutes les personnes, malades ou en bonne santé, qui sont restées pendant quelque temps dans un état de *perspiration* profuse, sans essuyer la sueur accumulée sur la peau, sont sujettes à une éruption de petites papules et vésicules punctiformes, d'un nombre variable et occupant pour la plupart la poitrine et le dos. Cette éruption correspond exactement à l'aspect de l'eczéma ordinaire, principalement à sa forme papuleuse, mais on l'a néanmoins considérée comme constituant une affection séparée, et on lui a donné différents noms. Ainsi, lorsqu'elle survient chez des personnes en bonne santé à la suite d'une abondante transpiration, on l'appelle *sudamina;* quand on l'observe dans le cours de fièvres, et surtout dans des pays, comme en Italie, où l'on admet une « fièvre miliaire » spéciale, on la désigne sous la dénomination de *Miliara rubra et alba;* lorsque l'on a constaté que cette éruption eczémateuse est le résultat de la chaleur avec ou sans transpiration, dans les climats méridionaux, on l'appelle *calori*, ou, comme la désignent les auteurs anglais qui l'ont rencontrée dans les tropiques, prickly heat (*Lichen tropicus*).

Enfin, je ne dois pas oublier certaines variétés d'eczéma qui sont la conséquence d'une perspiration excessive dans des régions particulières du corps, comme dans le voisinage des aisselles, à la poitrine des femmes chez lesquelles les seins sont volumineux et pendants, aux aines, aux parties génitales, et notamment au scrotum et aux points correspondants des cuisses, aux fesses, là où elles se trouvent en contact, surtout chez les personnes ayant de l'embonpoint, et sur les parties latérales des orteils chez les individus qui transpirent beaucoup des pieds. On donne à cette espèce d'éruption le nom d'*Eczéma intertrigo*.

Non-seulement on doit reconnaître qu'un degré élevé de température peut être une cause de cette maladie, mais aussi le *froid*. L'expérience démontre que la même exposition au froid, qui chez bon nombre de personnes occasionne des engelures (*perniones*), déterminera chez d'autres une éruption d'eczéma sur les mêmes régions du corps. Cette dernière, comme les engelures, ne dure que tant qu'il règne une basse température, et par conséquent persiste en général durant l'automne et l'hiver et disparaît au printemps. Si l'on considère que les engelures

sont proches parentes, par rapport à leur pathologie, des éruptions eczémateuses, puisque dans les deux cas une exsudation infiltre la peau — plus profondément dans le premier, superficiellement ou sous-épidermiquement dans le second — il n'est pas étonnant que la même cause puisse produire une fois des engelures, une autre fois un eczéma.

Tout le monde admet l'action de l'*eau* comme cause excitante de cette maladie, bien que l'on ait envisagé à tort les éruptions causées par les bains chauds ou froids ou les ablutions comme des évacuations critiques, au lieu d'eczéma artificiel. Même encore aujourd'hui on entend dire, dans toutes les stations thermales, par les médecins aussi bien que par d'autres personnes, que l'éruption eczémateuse produite par l'usage des eaux (*Psydracia thermalis*, comme la désignaient nos pères), est la preuve de leur action salutaire. En conséquence de cette théorie, on croit en général que lorsque cette éruption se manifeste, il ne faut pas cesser l'emploi des eaux, mais persévérer jusqu'à ce qu'elle ait disparu.

De même, des « hydropathes » prétendent qu'il faut considérer comme « crises » les manifestations cutanées qui résultent principalement de l'application de leurs bandages ainsi que de l'emmaillottement, des bains froids et des douches, et que lorsqu'elles surviennent on doit continuer ces exercices avec d'autant plus de vigueur, de manière à ne point paralyser les bons effets d'un tel traitement hydropathique. Ce que j'ai déjà énoncé rend inutile de répéter combien ces idées paraissent insoutenables dès que l'on commence à étudier les maladies de la peau avec la moindre attention, et quelle profonde divergence existe entre mes opinions personnelles et celles des hydropathes et des médecins d'eaux minérales (1).

(1) Nous croyons que l'opinion du professeur Hebra est ici diamétralement en opposition avec ce qu'enseigne l'observation clinique, surtout auprès des stations thermales, où abondent en si grande quantité les cas de ce genre suivis dans leur évolution totale.

Des bains d'une minéralisation très-différente déterminent souvent sur la peau une éruption à formes variables et qui paraît dépendre des conditions du traitement thermal. C'est là un fait certain et constant qui est admis par tous les hydrologistes. C'est à cette circonstance notamment que certaines sources ont dû leur ancienne réputation. La durée du bain et sa température ont une importance très-grande sur l'apparition de ce phénomène connu sous le nom de *poussée*.

Cette inflammation tégumentaire, *Psydracia thermalis*, peut se présenter à des degrés divers, depuis l'inflammation aiguë de la peau, telle qu'on l'observe souvent pendant la cure des eaux de Louesche où elle est même parfois assez intense pour constituer une véritable maladie accompagnée de fièvre, jusqu'à ces éruptions légères et fugaces que tous les agents d'une minéralisation effective peuvent provoquer.

Or, cette poussée, ces manifestations cutanées, doit-on les considérer comme une crise favorable ou non ? Sans vouloir discuter ici à fond cette question qui nous entraînerait

Les remarques que je viens de faire sur les bains chauds et froids s'appliquent également aux bains russes, de vapeur, dans lesquels les deux modes d'action sont réunis ; car lorsqu'on agit sur la peau avec

hors des limites que nous nous sommes imposées, nous croyons utile d'émettre cependant quelques courtes réflexions.

Et d'abord, ainsi que tous nos confrères en hydrologie, nous pensons que la poussée n'est jamais une condition indispensable de la cure hydro-minérale. Du reste, à Louesche ainsi que dans d'autres stations, l'*exanthème thermal* est non-seulement très-variable chez les divers malades, mais souvent même il ne se produit pas, sans que l'on puisse constater de différence dans les résultats du traitement balnéaire. Les idiosyncrasies, comme l'ont si judicieusement remarqué les auteurs du *Dictionnaire des eaux minérales*, jouent un très-grand rôle dans son développement. On a également observé que certaines années il survenait et plus fréquent et plus prononcé, comme s'il se trouvait en quelque sorte sous la dépendance d'une constitution médicale particulière.

En ce qui concerne l'eczéma, nous ajouterons que cette irritation de la surface cutanée sera évidemment d'autant plus prononcée que l'enveloppe tégumentaire était déjà le siége d'une inflammation quelconque. Aussi, c'est sans doute pour cette raison que certains dermatologistes en France et à l'étranger, arguant d'exemples où cette irritation avait dépassé en intensité et en durée la mesure commune, se sont élevés contre l'emploi par trop généralisé que longtemps on a fait des eaux simplement sulfureuses.

Mais si l'on proscrit ordinairement et avec raison l'usage des bains sulfureux dans la période aiguë des iuflammations de la peau, ainsi que chez bon nombre de malades chez lesquels l'affection locale montre une tendance malheureuse à s'exaspérer sous l'influence de la moindre cause, il n'en sera plus de même si l'on doit agir d'une manière substitutive, en surveillant bien entendu, avec tous les ménagements qu'elle comporte, cette surexcitation externe.

Mais dans les eaux chlorurées sodiques sulfureuses cette irritation tégumentaire n'est pas à redouter au même degré. Un des maîtres les plus autorisés en hydrologie, M. le docteur Gerdy (*Études sur les eaux minérales d'Uriage*, 1849, p. 204), déclare qu'il a vu « des personnes affectées de dartres humides très-aiguës (eczéma aigu) éprouver plus d'irritation et de démangeaison après avoir pris des bains d'eau douce ou des bains mitigés qu'après des bains d'eau minérale pure ».

J'ai constaté moi-même bien souvent ce mode d'action. En effet, il est d'observation que, sous l'influence des eaux chlorurées sodiques sulfureuses, non-seulement la disparition des maladies dartreuses de la peau s'accomplit parfois sans que la moindre excitation appréciable ait lieu pendant la durée de la cure, mais encore que le plus souvent les premiers bains déterminent une amélioration sensible, après laquelle peut survenir ensuite, et survenir impunément, un certain degré d'irritation. Cette action sédative directe s'observe dans l'emploi de la plupart des sources chlorurées sodiques sulfureuses, et les médecins qui exercent auprès de ces thermes ont constaté les mêmes effets que je viens de signaler. Aussi y voit-on les eczémas les plus intenses et les plus généralisés marcher régulièrement vers la guérison sans que, à aucune période du traitement, il y ait à craindre une exacerbation notable de la lésion cutanée.

Quant à la poussée, nous persistons à croire que le meilleur moyen de la modérer c'est de continuer le traitement, du moins auprès des sources dont nous parlons.

Tandis que la plupart des auteurs qui ont écrit sur les eaux sulfurées sodiques recommandent expressément de suspendre le traitement lorsqu'une recrudescence se manifeste, et même de le remplacer alors par des émollients, auprès des sources chlorurées sodiques sulfurées, au contraire, on a reconnu, et nous insistons tout particulièrement sur ce point, que la continuation du traitement hydro-thermal est le meilleur et le plus sûr moyen de calmer les phénomènes d'inflammation cutanée survenue par le fait des premières applications hydro-minérales.

C'est pour n'avoir pas suffisamment tenu compte du mode d'action différent des diverses eaux minérales que le professeur Hebra a pu contester l'influence salutaire de la poussée et l'utilité individuelle de la continuation de la médication thermale jusqu'à ce que cette poussée ait disparu. Nous n'avons pas à rappeler ici que les éruptions cutanées diverses qui naissent sous l'influence des eaux, ainsi que l'augmentation de

de l'eau à une température variant de 122° à 45°,5 Fahr. (de 67°,7 à 7°,5 C.), l'eczéma est un résultat fréquent, surtout quand on y ajoute des douches tombant d'une hauteur considérable. L'influence de l'eau sur la production de l'eczéma est en outre naturellement augmentée lorsque ce liquide est mélangé à des substances susceptibles elles-même de l'occasionner, telles que le soufre et le chlorure de sodium. De là les éruptions que l'on observe si fréquemment dans les stations thermales dont les sources contiennent ces substances.

Des *irritants mécaniques* de toute nature sont une cause fréquente d'eczéma, tant chez les individus malades que chez ceux qui sont bien portants, mais notamment chez les premiers. L'action pathogénique de quelques-uns de ces irritants est en général admise et personne ne nie leurs effets ; mais il en est d'autres dont on n'apprécie pas exactement l'influence, aussi me paraît-il convenable d'y insister. Ainsi, on rencontre toutes les variétés de l'eczéma, depuis la forme squameuse jusqu'à la forme impétigineuse comme conséquence de bandages herniaires, de jarretières, de rubans, d'objets de toilette, tels que boucles d'oreilles, bracelets et tous autres ajustements qui serrent trop, — corsets, ceintures, casquettes, chapeaux, bretelles, etc. De plus, la pression occasionnée par des outils dont on se sert dans beaucoup de professions, en portant des fardeaux ou autrement, peut irriter la peau au point de déterminer l'attaque d'une variété quelconque d'eczéma. Bien plus, la simple compression de la peau entre les tubérosités de l'ischion et un siége trop dur, chez les personnes adonnées à des occupations sédentaires, ou la compression résulant d'un séjour prolongé au lit, est tout à fait suffisante pour y donner lieu, principalement lorsque ces personnes ne sont pas bien portantes, et surtout quand la peau se trouve déjà en mauvais état (1).

Une autre cause d'eczéma que l'on a jusqu'à présent entièrement méconnue et négligée, sont les *grattages* faits par le malade. Ceux qui sont tourmentés par un violent prurit de la peau, qu'il provienne d'épizoa, tels que poux, acares, punaises, cousins, ou qu'il soit la con-

toutes les fonctions de la peau, constituent des phénomènes révulsifs ou éliminatoires qui déterminent souvent la guérison des affections eczémateuses les plus rebelles. Cette recrudescence est du reste en général très-modérée, et on la voit presque toujours suivie de la disparition de la maladie primitive, et si l'on ne veut pas que la guérison soit compromise pour le moment ou se démente plus tard, il est nécessaire de continuer le traitement jusqu'à ce moment. (A. D.)

(1) Ne pourrait-on voir dans ces derniers mots une concession par laquelle Hebra, se rapprochant de l'opinion commune, considère la *prédisposition morbide de la peau*, en d'autres termes le vice herpétique ou dartreux, comme une condition hors de laquelle l'action des causes vulgaires de compression locale serait incapable de donner naissance à un eczéma ? (A. D.)

séquence d'affections internes diverses, présentent à l'observateur les symptômes de toutes les variétés de la maladie, depuis l'*E. papulosum* jusqu'à l'*E. impetiginosum*.

Une fois ceci compris, il est facile de voir comment un eczéma limité primitivement à un point circonscrit peut, par suite de la démangeaison et des grattages qu'il a lui-même provoqués, s'étendre à des régions qui n'avaient pas été envahies d'abord. Ainsi, par exemple, on remarque dans l'eczéma des jambes dont le point de départ se trouve dans un état variqueux des veines, que l'éruption gagne petit à petit les autres parties, où les longues raies sous la forme desquelles elle s'y manifeste montrent qu'il n'est plus la conséquence d'une congestion veineuse, mais d'une irritation mécanique causée par des grattages. Ce phénomène a été longtemps observé par des médecins et des malades, mais son explication n'a jamais été comprise. Ainsi une idée populaire est qu'en se grattant on attire la sécrétion eczémateuse de la partie malade à une partie saine, et l'on provoque de cette manière une extension de la maladie par contagion. Cette manière de voir est certainement inexacte, car le liquide sécrété dans l'eczéma n'a pas de propriétés contagieuses (1).

J'ai signalé ce fait qu'un eczéma déjà existant peut être aggravé par des grattages répétés, et, du reste, cela se déduit de ce que j'ai dit précédemment.

Je ne dois pas, en dernier lieu, omettre de mentionner que bon nombre de malades, non contents de se gratter avec leurs ongles pour diminuer l'irritation excessive, font usage d'autres instruments, tels que d'étrilles, de strigiles, de gants de crin, et même de brosses : ainsi armés, ils déchirent sans merci leur peau, et non-seulement arrachent mécaniquement l'épiderme, mais par une irritation continuelle provoquent l'hypérémie du chorion, et une exsudation sous-épidermique sous forme d'une éruption eczémateuse. Il est facile de distinguer l'eczéma qui a été ainsi produit de celui qui résulte de l'action des ongles ; on les différencie par la forme que prend l'éruption, laquelle correspond toujours à la nature de l'instrument employé.

Parmi les eczémas provoqués par des causes internes, quelques-uns

(1) S'il est inexact que l'eczéma soit contagieux, il n'est pas moins faux qu'un grattage suffise à le produire, j'entends à le produire sur une peau saine. Évidemment on ne s'égratigne, on ne se gratte que parce que l'on sentait une démangeaison ; et non moins évidemment on n'a de démangeaison dans un endroit que parce que la peau y était, qu'elle le parût ou non, malade. Le grattage ne peut donc engendrer une vésicule, une papule, un eczéma, que sous la condition d'un état morbide préexistant du tégument. (A. D.)

sont le résultat de certains troubles constitutionnels bien connus, tandis que d'autres surviennent sans qu'il soit possible de trouver le plus léger indice sur lequel on puisse édifier une théorie de leur origine. Ainsi, on observe, dans des cas d'une grande *dilatation variqueuse des veines sous-cutanées*, le plus souvent celles de la jambe, mais aussi du rectum, que l'eczéma peut survenir sous ses différentes formes : celles-ci, en règle générale, deviennent de plus en plus distinctes et s'accompagnent d'une infiltration ou d'une dégénérescence plus ou moins grande des tissus de la peau, notamment de l'épiderme et des papilles, d'un épaississement du chorion et de la dilatation des conduits des glandes sébacées et des follicules pileux. De telles attaques d'eczémas sont décrites comme « fluxus salinus » lorsqu'elles affectent les extrémités inférieures, et on les a attribuées à une diathèse goutteuse (« arthritis »); tandis que si ce sont l'anus, le raphé périnéal et les parties adjacentes qui sont envahis, on les appelle hémorrhoïdales, et on les rapporte à l'existence d'hémorrhoïdes. Dans mon opinion, il n'est point nécessaire de rechercher pour ces maladies une cause en dehors de la peau et du fascia sous-cutané, car il y a de nombreux exemples de l'apparition de l'eczéma en ces points, simplement par suite de la lenteur de la circulation qui est la conséquence de veines variqueuses. Personne n'ignore que la congestion veineuse est très-rapidement suivie d'une exsudation et d'une infiltration séreuses dans le tissu conjonctif sous-cutané ; et si, comme l'ont prouvé des expériences, la compression d'une veine durant un temps très-court, comme l'application d'une bande avant la vénésection, est suffisante pour occasionner une infiltration séreuse périphérique, il est facile de comprendre comment la congestion veineuse, qui s'est prolongée pendant des mois et des années, peut finir par produire de l'infiltration dans le derme, au-dessous de l'épiderme et finalement à sa surface, et causer ainsi un eczéma. Si cette explication est satisfaisante pour les veines cutanées de la jambe, elle s'appliquera également à la congestion de celles du rectum et à l'apparition de l'eczéma consécutif autour du périnée et de l'anus, sans avoir recours à la supposition d'un tempérament spécial ou d'une diathèse particulière (1).

(1) Cet essai de réfutation de l'herpétisme n'a chance d'être admis que si l'auteur peut signaler la coexistence d'hémorrhoïdes dans une notable proportion des cas d'eczémas ano-périnéaux qu'il a observés. C'est ici, pour justifier ses vues empreintes d'un anatomisme si bien fait pour mettre nos esprits en défiance, qu'Hebra devrait invoquer la statistique dont il a vanté, en tête de ce chapitre, la prééminence. Le dépouillement, fait selon la méthode numérique, des *six mille cas* d'eczéma dont il parle avec tant de complaisance, ferait plus pour appuyer ses assertions que les aperçus physiologiques qui en sont jusqu'à nouvel ordre la seule preuve. (A. D.)

On rencontre encore fréquemment l'eczéma comme résultat d'une *digestion affaiblie.* Les malades dyspeptiques présentent plus que tous les autres cette coloration particulière de la peau qui tient le milieu entre la chlorose et l'ictère, et peut être comparée à celle de la syphilis, teinte que l'on désigne depuis longtemps sous le nom de « terreuse » ou de cachectique. Avec cette couleur blême, jaune blanchâtre de la peau, il y a un relâchement de sa trame, de nombreuses rides apparaissent, et le tissu musculaire perd de sa tonicité. Le malade se plaint de cardialgie, de violentes éructations, d'une sensation de plénitude et de distension de l'abdomen, avec perte de l'appétit; tandis que dans bon nombre de cas la diarrhée persiste pendant longtemps.

L'eczéma, dans de semblables circonstances, se fixe le plus souvent sur les mains, la face, le pourtour de l'anus, et on le considère comme une preuve de l'existence d'hémorrhoïdes, notamment dans le dernier cas.

Lorsque ces éruptions surviennent, on n'observe aucune disparition de maladies internes antérieures, de sorte qu'il est impossible d'admettre qu'il y ait ici une alternance entre l'eczéma et les troubles de la nutrition. De plus, on peut remarquer que, même après la cessation de tous les symptômes de la maladie de l'estomac et des intestins, l'éruption eczémateuse persistera encore, et ne disparaîtra définitivement que quand la digestion a repris ses fonctions normales depuis un temps considérable (1).

Le *rachitis* se montre souvent aussi avec l'eczéma, notamment chez les enfants, sans toutefois que l'on soit à même de regarder cette diathèse comme étant la cause de tous les cas de l'affection cutanée à cet âge. Une coïncidence infiniment plus fréquente est celle de l'eczéma chez les jeunes filles à l'époque de la puberté avec une *menstruation irrégulière*, avec la *chlorose* et cette foule innombrable de phénomènes morbides que l'on a désignés sous le nom d'*hystérie*, comprenant l'hémicrânie, la boule hystérique, le clou hystérique, la salivation, le pyrosis, les douleurs hypogastriques, ovariques, utérines et sacro-

(1) Au moment même où je relis ces épreuves, je soigne une jeune couturière de vingt-quatre ans, un peu chlorotique, quoique bien réglée, chez laquelle les attaques d'un eczéma des mains alternent de la façon la plus tranchée avec le retour d'une dyspepsie habituelle. L'eczéma, chez elle, est-il dissipé par des applications froides ou astringentes? aussitôt les digestions deviennent laborieuses, l'anorexie, la constipation, puis l'amaigrissement, se manifestent. Dès que, au contraire, l'éruption reparaît, la digestion se régularise, la fraîcheur et l'embonpoint ne tardent pas à renaître. Hebra dira qu'il n'y a là que coïncidence fortuite, et il se bornera à la constater. Nous y voyons, nous, un rapport de causalité, et nous utilisons ce rapport au grand bénéfice des malades. (A. D.)

lombaires, une sensation de pesanteur et de tiraillement dans les parties génitales, la leucorrhée (*fluor albus*), des douleurs sur le trajet des nerfs sciatique et crural antérieur, des affections rhumatoïdes, etc. Lorsque l'eczéma survient dans ces circonstances, il envahit le plus souvent le cuir chevelu, la face et notamment les lèvres.

Les exemples dans lesquels cette maladie se manifeste, soit durant le cours de la *grossesse*, soit après la fin de la *lactation*, dépendent peut-être de causes analogues à celles qui agissent dans les cas que je viens de mentionner. Il arrive souvent que des femmes sont atteintes d'eczéma, en général, aux mains, à une période définie de leur grossesse — ordinairement dans un des premiers mois — et continuent à en souffrir, malgré toutes les médications, jusqu'à leur délivrance. D'autres auteurs ont, comme moi, observé des femmes qui furent prises d'eczéma des mains, toujours au même moment, pendant plusieurs grossesses successives, de sorte que, dans les dernières, l'apparition de la maladie était pour elles un signe plus certain de leur fécondation que la cessation des menstrues ou les mouvements mêmes de l'enfant. Bien plus fréquents encore sont les exemples de filles qui souffraient d'eczéma de la face ou du cuir chevelu, pendant qu'elles étaient atteintes de chlorose, et furent de nouveau affectées dans les mêmes régions après leur première couche, ou si elles allaitaient l'enfant après l'avoir sevré. Dans quelques-uns de ces cas, il y a simplement *defluvium capillorum* avec séborrhée légère; chez d'autres, la maladie peut atteindre une intensité et une durée considérables, mais elle disparaît toujours dès que survient une nouvelle grossesse. Pourtant lorsque l'eczéma attaque des femmes stériles, conjointement avec l'hystérie, il peut être guéri et la stérilité continuer. Enfin quand les femmes sont parvenues à la période climatérique, on voit la même affection du cuir chevelu, de la face et également du tronc et des extrémités se déclarer telle qu'elle apparaît dans des cas de grossesse et de chlorose. En effet, on peut affirmer généralement que toutes les *altérations de l'utérus* — tumeurs, hypertrophie, congestion, infarctus, déplacements et atrophie — prédisposent aux éruptions eczémateuses sur le cuir chevelu et la face, bien que personne ne soit encore parvenu à donner une explication rationnelle de cette combinaison singulière. Je me borne donc à noter le fait comme un point reposant sur de nombreuses observations, et je laisse à l'avenir et aux investigations progressives de mes confrères le soin d'éclaircir la connexion exacte de ces symptômes correspondants.

Après avoir ainsi énuméré les quelques états de l'organisme que je con-

nais comme étant souvent suivis d'eczéma, il faut que j'avoue maintenant avec franchise qu'il y a un nombre de cas tout aussi considérable dont les causes restent complétement inconnues. Car je n'aime pas les lieux communs si souvent mis en avant par des auteurs médicaux, discutant l'étiologie des maladies, comme des favoris *Dei ex machinâ*, pour expliquer l'origine des affections les plus diverses. Je cherche, au contraire, à limiter mon exposition autant que possible à la région de la certitude. Par conséquent, la plupart des causes que d'autres auteurs émettent complaisamment comme autant de faits bien démontrés, me paraissent avoir fort peu de valeur étiologique. Mais, bien que je n'aie pas beaucoup à dire, du moins à dire de positif quant à la cause de l'eczéma, peut-être ne sera-t-il pas inutile d'énumérer d'autres prétendues influences prédisposantes et de discuter leur réalité d'après les résultats de mon expérience.

Les médecins français ont toujours attaché une grande importance aux *tempéraments*, et, sans exclure entièrement les autres, ont attribué à celui qu'ils nomment lymphatique une grande tendance à jouer un rôle dans la production des éruptions eczémateuses. Bien plus, quelques-uns, comme Cazenave, vont jusqu'au point de recommander comme le meilleur moyen de guérir l'eczéma chez les enfants, le choix pour chacun d'eux d'une nourrice ayant un tempérament opposé (?) à celui de l'enfant qu'elle doit allaiter. Tout le monde est à même de voir immédiatement le peu de fondement que présente cette théorie, et je puis, en conséquence, épargner au lecteur l'ennui d'une réfutation étendue.

On fait, en étiologie, de la *dentition* des enfants un abus aussi grand que de leur tempérament, et de même qu'on met sur le compte de la dentition chaque toux, fièvre, colique, diarrhée, crampe ou convulsion, de même aussi on attribue l'eczéma à la même cause quand il survient à cette période. Or, quoique je n'ignore nullement l'influence que ce processus physiologique est susceptible d'exercer sur tous les organes et sur toutes les fonctions d'un petit enfant, il m'est cependant impossible de l'admettre comme une cause d'eczéma; parce que tout observateur consciencieux et soigneux se convaincra facilement que cette affection se manifeste aussi souvent avant que pendant la période de la dentition, et présente les mêmes symptômes, la même intensité et la même étendue, sans être le moins du monde modifiée par l'accomplissement ou le retard de l'odontogenèse.

A l'égard de l'*âge*, on a avancé que l'eczéma affecte plus spécialement la tête pendant l'enfance, le tronc chez l'adulte et les extrémités inférieures dans la vieillesse. Je ne partage pas cette manière de voir;

puisque j'ai eu l'occasion d'observer l'eczéma du tronc et des membres chez des enfants, de la tête chez des adultes et des personnes âgées, tout aussi souvent que l'inverse.

C'est encore une opinion généralement répandue que cette affection est plus fréquente chez les *femmes* que chez les hommes; mais les deux tiers des cas que j'ai rencontrés ont atteint le sexe masculin et un tiers seulement le sexe féminin.

On a également prétendu que des *habitudes de la vie* et l'usage de certains aliments avaient le pouvoir de produire l'eczéma. Parmi les derniers, le gibier, le homard et autres crustacés, le fromage, le saucisson, les harengs et en général les salaisons, sont considérés comme les plus nuisibles; bien plus, on a même affirmé que les envies de femmes enceintes pour des mets fortement assaisonnés peuvent être la cause d'eczéma chez l'enfant nouveau-né!.... D'autres auteurs ont encore soutenu, et l'opinion populaire les a suivis, que l'usage excessif des liqueurs spiritueuses, notamment de l'eau-de vie, produira une tendance à l'eczéma, ou aggravera la maladie quand déjà elle existe. Mais je puis détruire immédiatement ces préjugés depuis longtemps en vogue; car j'ai vu, d'un côté, ceux qui mènent la vie la plus calme, la plus régulière et la plus modérée, des enfants et des dames qui ne faisaient que rarement ou jamais usage d'aliments de haut goût ou de boissons alcooliques, attaquées par cette dermatose; tandis que, d'autre part, je connais nombre d'individus qui ont mené un genre de vie entièrement opposé, de bons vivants dont les cheveux ont grisonné dans la gloutonnerie et qui sont cependant exempts de la plus légère tache cutanée. Je puis, en conséquence, affirmer que les pauvres et les riches, les tempérants et les voluptueux, les personnes sobres et celles esclaves de leurs fantaisies, se trouvent en nombre égal parmi les victimes de cette maladie. De sorte que je suis autorisé à soutenir que chez les personnes qui ont d'ailleurs une bonne santé et une digestion facile, ni le genre, ni la quantité de nourriture n'exercent la plus légère influence dans la production de l'eczéma.

Jusqu'à quel point est-il permis d'envisager diverses *occupations* comme conduisant à cette affection? J'ai déjà examiné cette question en parlant des effets d'irritation locale, et il est inutile d'ajouter ici que je ne connais pas de profession susceptible de produire un changement interne qui puisse pousser au développement de l'eczéma.

Divers auteurs ont attribué une importance excessive aux *changements de temps* et de saison dans l'étiologie de cette maladie. On a déjà allégué et reconnu, comme des causes efficientes, un froid intense et

une chaleur excessive. Mais lorsqu'on affirme que le commencement du printemps et la fin de l'automne sont marqués par ces éruptions, je suis obligé de regarder cette assertion comme une supposition dénuée de sens (1); il est vrai, toutefois, qu'on l'a appliquée non-seulement à d'autres maladies cutanées, mais à presque toutes les affections dont les causes réelles nous sont inconnues. S'il faut attacher quelque importance à l'époque de l'année, c'est sous ce rapport : qu'un eczéma qui a duré tout l'hiver, sans l'intervention d'aucun mode de traitement, disparaît à l'approche du printemps. Aussi suis-je porté, d'après mon expérience, à considérer un hiver rude ou un été chaud, comme étant les saisons les plus nuisibles pour la peau, bien plutôt que le printemps et l'automne.

Sur quelles observations cliniques a-t-on pu établir que des *maladies mentales* et des émotions morales, principalement celles d'une nature déprimante, donnent souvent lieu à l'eczéma? Il m'est impossible de le décider d'après mon expérience personnelle, car je n'ai vu qu'un très-petit nombre de cas où une pareille connexion fût réelle. Mais puisque je n'ai ni observé par moi-même, ni lu, ni entendu dire par des médecins aliénistes, que des affections cutanées soient particulièrement communes dans ces circonstances, il ne sera point nécessaire, je pense, d'affirmer que la corrélation de ces deux états pathologiques comme cause et effet, qui est donnée comme un axiome dans presque tous les livres sur ce sujet, est une simple vue de l'esprit, fruit du hasard.

Quant à la *distribution géographique* de l'eczéma, je ne connais pas de région du globe, de pays où l'on ne puisse le rencontrer dans de notables proportions, et il n'y a pas de raison de croire qu'il soit plus fréquent au midi qu'au nord. Mon impression à ce sujet est même que le contraire existe, en excluant nécessairement les cas résultant directement d'un excès de froid ou de chaleur.

La *transmission héréditaire* est une explication favorite de l'apparition

(1) « Rien n'occasionne l'eczéma; il paraît ou reparaît sans aucune espèce de cause interne », voilà en deux mots, et sans la moindre exagération, la doctrine à laquelle aboutissent les négations successives du dermatologiste allemand (qui ne s'aperçoit pas que ces négations sont la meilleure, quoique indirecte preuve de la nécessité de la seule cause réelle, l'herpétisme). L'influence herpétogénique du printemps et de l'été est cependant indéniable. Nous qui prédisons aux eczémateux le retour de leur éruption pour ces époques déterminées, et qui voyons ces malheureux revenir dans notre cabinet au mois, presque au jour dit, vérifiant ainsi chaque année la justesse de nos prédictions, nous ne lisons pas sans un certain étonnement les propositions du professeur Hebra, et nous avouons qu'il nous est impossible de comprendre sur quelles bases sérieuses il s'appuie pour combattre ainsi des vérités dont témoigne l'accord unanime des observateurs de tous les pays et de tous les siècles. (A. D.)

des maladies cutanées en général et de l'eczéma en particulier. Il m'est impossible d'accepter cette opinion, car j'ai vu bon nombre de femmes qui, soit pendant qu'elles étaient jeunes filles, soit comme mères, ont continuellement souffert d'eczéma, quelquefois durant leurs grossesses; et cependant leurs enfants n'en ont jamais été affectés. Je puis même rappeler que quelques-unes, tout en ayant été eczémateuses pendant des années, ont donné le jour dans cet intervalle à sept, huit, neuf ou dix enfants, tous complétement indemnes de cette affection. On doit considérer comme tout à fait exceptionnels ces cas isolés dans lesquels on a rencontré des familles entières qui en étaient atteintes, puisqu'ils se trouvent en opposition avec les résultats généraux de l'expérience et peuvent tout au plus seulement prouver que l'eczéma chez les parents n'*exclut* pas son apparition chez les enfants (1).

Cette affection n'est jamais *contagieuse;* car elle ne se transmet d'un individu à un autre ni par contact immédiat ni par inoculation. Il est vrai que des médecins et des hommes du monde s'imaginent qu'un malade en se grattant « attire » le liquide eczémateux et le transporte alors d'un endroit à un autre, déterminant ainsi l'extension de la maladie par son action sur la peau saine. J'ai toutefois suffisamment démontré déjà (p. 547) qu'il n'en est rien, le progrès de l'eczéma dépendant non du virus de la sécrétion, mais de l'irritation mécanique produite par les grattages.

Les malades et les médecins ont accepté comme un fait démontré que des attaques d'eczéma tirent leur origine de certaines *dyscrasies*. Ainsi, lorsque cette dermatose survient chez des enfants, les uns l'attribuent à une scrofulose apparente ou même encore latente, d'autres,

(1) Le raisonnement du professeur Hebra nous paraît entaché d'un vice radical dans l'affirmation comme dans la négation. D'abord, de ce que certaines femmes eczémateuses ont eu des enfants indemnes, il en conclut que l'eczéma n'est point héréditaire, et cela sans songer que l'influence du père a bien pu, dans ces cas, exempter plusieurs enfants ou même tous de la contamination venant du fait de la mère. Il aurait aussi dû nous apprendre jusqu'à quel âge il a suivi ces enfants réputés indemnes; car on sait que l'eczéma *héréditaire* n'est rien moins qu'une maladie de la première ou même de la deuxième jeunesse !....

En second lieu, quand Hebra se trouve en présence de familles où tous les membres sont atteints d'eczéma, quel enseignement lui apporte ce spectacle ? c'est que « l'eczéma chez les parents n'*exclut pas* son apparition chez les enfants » ! A la bonne heure ! Mais au moins faudrait-il dire quelle cause, puisque ce n'est pas l'hérédité, a donc produit la dermatose chez ces derniers, chez tous ces derniers ?

D'ailleurs, le fait des familles dartreuses de père en fils, et du premier au dernier de ceux-ci, n'est point exceptionnel, ainsi que l'écrit pour le besoin de sa cause l'éloquent avocat du *nullisme* étiologique ; ce sont même les nombreux cas de cet ordre qui ont fondé le dogme populaire de l'hérédité dartreuse, et ce dogme est fondé sur une réalité trop palpable pour succomber sous les coups sommaires d'une plume même aussi autorisée que celle du célèbre professeur viennois. (A. D.)

notamment si elle envahit les jambes sous forme d'*E. rubrum*, à une diathèse goutteuse, et dans un troisième cas à une métastase urinaire, ou à la syphilis ; et s'il est impossible d'appliquer une de ces hypothèses, on appelle à son aide une dyscrasie psorique ou herpétique. Lorsque l'on considère l'absence de notions claires sur la nature de ce qu'on appelle dyscrasies, et l'arbitraire élastique des définitions données sur les maladies du sang, pour lesquelles on a inventé tant de noms, on sera moins prêt à condamner notre scepticisme scientifique, quant à leur valeur.

Il m'est en vérité impossible d'entrer ici dans une critique à fond sur l'exactitude de la théorie des dyscrasies dans la science de la médecine en général. Mais de mon point de vue personnel, celui d'un dermatologiste, je dois remarquer que les seules affections de la peau qu'il soit possible de rapporter à une maladie de sang ou à une dyscrasie générale sont celles qui présentent des caractères tellement spéciaux qu'ils indiquent d'eux-mêmes leur origine sans référence aux particularités du malade (1). Dans les cas d'éruptions syphilitiques, par exemple,

(1) En nous plaçant à notre tour au même point de vue que le professeur Hebra, c'est-à-dire au point de vue dermatologique pur, nous sommes obligé d'affirmer une fois de plus que, en dehors des éruptions *spécifiques*, il en est d'autres présentant des caractères assez tranchés pour qu'on ne puisse les rattacher qu'à une disposition spéciale de l'économie. Que cette disposition ne puisse se traduire par une formule chimique, nous l'avouons sans ambage; mais est-ce là une raison pour la nier. Entre les eczémas procédant d'une des nombreuses causes locales qu'a si longuement et si exactement exposées le médecin de Vienne, et « les seules affections de la peau qu'il soit » possible de rapporter à une maladie du sang ou à une dyscrasie générale, c'est-à- » dire celles qui présentent des caractères tellement spéciaux, qu'ils indiquent eux- » mêmes leur origine sans référence aux particularités du malade » (Hebra), autrement dit entre les dermatoses par causes locales et les dermatoses spécifiques, n'existe-t-il donc pas d'autres éruptions eczémateuses qu'il soit possible de rattacher à une influence générale, spéciale quoique non spécifique, à une dyscrasie dite herpétique, dartreuse ?.... Nous le pensons ; et rien n'est aisé comme de le prouver.

En effet, et pour ne parler ici que des eczémas, il en est, et le fait est indéniable, qui se transmettent par voie d'hérédité, récidivent avec la plus grande facilité, ont une très-grande tendance à s'étendre et à se perpétuer d'une manière invincible, etc. En présence de ces caractères des affections dartreuses si nettement mis en relief par M. le professeur Hardy, en considérant, de plus, que ces dermatoses extensives n'attaquent pas indifféremment tous les individus ; que certaines personnes ne peuvent s'y soustraire, quelques précautions hygiéniques qu'elles prennent; que certaines autres n'en sont jamais atteintes, à quelques causes d'irritation cutanée que les exposent, soit leur profession, soit leurs habitudes, on arrivera nécessairement à conclure, toutes les fois qu'on se trouvera en face d'un eczéma de cet aspect, qu'il ne saurait être la conséquence d'un état local, mais qu'il répond à une disposition générale de l'économie, disposition à laquelle on donne avec raison le nom de diathèse dartreuse.

Cette diathèse dartreuse, ce vice dartreux, ou herpétisme, suivant la dénomination qu'on voudra lui donner, représente pour la plupart des médecins l'existence d'une cause interne qui provoque, entretient et perpétue un grand nombre de dermatoses. Aussi admettons-nous avec M. Bazin que « la dartre est une maladie constitutionnelle, à longues périodes, à marche lente, continue ou intermittente, non contagieuse (constituée par des affections spéciales qui ont pour siége les membranes tégumentaires, les

on est à même de les identifier chaque fois, sans entrer dans l'histoire ou la diathèse du malade. Or, on *ne* peut pas agir de la même manière

nerfs, les viscères, et caractérisée par la fréquence des récidives et la persistance de manifestations cutanées » (*).

Nous l'avouons volontiers, la seule idée que l'on puisse aujourd'hui se faire de l'herpétisme est toute subjective. Elle se réduit, comme l'a très-bien démontré M. Durand-Fardel, à la notion du siége de ses déterminations régulières sur la surface cutanée. « Il faut remarquer, dit notre collègue d'Hauterive, que cette prédilection pour un système anatomique particulier est un caractère commun aux diathèses les mieux caractérisées : les articulations pour la goutte, le tissu fibreux pour le rhumatisme, le système ganglionnaire pour la scrofule, la peau pour l'herpétisme. Or, si la raison de la prédilection de l'herpétisme pour la peau nous échappe, on reconnaîtra qu'il en est de même de la prédilection de la goutte pour les articulations, et du rhumatisme pour le tissu fibreux. C'est-à-dire que nous ne percevons aucune relation directe entre le siége régulier ou normal de l'affection, et les notions que nous possédons sur ses causes et sur ses caractères pathologiques. » (Durand-Fardel, *Traité pratique des maladies chroniques*, 1868, p. 263.)

Tout comme les manifestations de la goutte et du rhumatisme, principes morbides auxquels on ne saurait refuser la qualification de diathèses, celles de la dartre se montrent à intervalles variables, restent latentes pendant des périodes plus ou moins considérables et font ensuite explosion spontanément ou sous l'influence d'une cause occasionnelle, même la plus insignifiante.

Et de ce que, comme l'objecte le professeur Hebra, de ce qu'il est impossible de distinguer dans leurs manifestations locales les eczémas accidentels d'avec ceux qui proviennent de l'herpétisme (**), de ce qu'on ne peut assigner à la diathèse herpétique ou à la dartre une caractéristique étiologique précise, une cause tangible ou démontrable, comme pour d'autres maladies, par la transmission expérimentale, est-ce une raison suffisante pour rejeter l'existence de la diathèse, en d'autres termes de l'état constitutionnel particulier qui engendre et qui entretient le nombre incontestablement et de beaucoup le plus considérable d'eczémas?

Un grand fait nous frappe, fait que la clinique a révélé et confirme chaque jour, fait d'autant plus fort à l'appui de notre cause que l'idée d'y faire appel nous est justement suggéré par le rapprochement qu'Hebra vient d'invoquer en sa faveur. Dans tous les eczémas résultant de cause externe, de l'application d'irritants physiques ou chimiques, quelle est la marche de l'éruption ainsi produite? On le sait : quelques semaines d'existence, puis l'extinction définitive. Jamais sur aucun autre point de réapparition ultérieure, à moins que la même cause n'ait répété son action. Dans l'eczéma spontané, tout s'y passe à l'inverse : une première manifestation, quelque isolée, quelque brève, quelque peu étendue qu'elle soit, est le présage assuré de jetées successives, ordinairement de plus en plus graves, et, ordinairement aussi n'ayant d'autre terme que la vie.



Or, si l'identité de nature entre ces deux genres d'affection était aussi intime qu'Hebra le professe, pourquoi donc se séparent-elles sous ce rapport, le plus important à coup sûr de tous ceux que leur histoire embrasse? Pourquoi, si l'eczéma spontané n'est qu'*unum et idem* avec l'eczéma né de l'acarus, avec l'eczéma né du contact de l'essence de térébenthine, pourquoi ces deux derniers s'évanouissent-ils sans retour dès qu'on a tué l'insecte, abstergé l'huile, cause locale qui s'explique, tandis qu'il va, lui, s'étendant et se perpétuant, en dépit de toute réforme des habitudes hygiéniques et le plus souvent, hélas! en dépit de tout remède?.... Nous posons, avec la certitude qu'ils la laisseront pendante, cette question aux plus fervents adeptes, allemands ou français, de l'anti-diathésisme. (A. D.)

(*) Bazin, *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, etc.*, 1860, p. 42.

(**) Ceci n'est vrai que d'une *plaque* d'eczéma artificiel comparée à une plaque d'eczéma spontané; mais il existe entre toute l'affection artificielle et toute l'affection spontanée tant d'autres différences que nous jugeons inutile de les rappeler, nous bornant à signaler à nos lecteurs l'habileté, mais aussi l'inexactitude du rapprochement qu'Hebra établit, pour le besoin de sa cause, entre l'effet de gouttes d'huile de croton, qui irritent une seule région pendant un seul mois, et l'effet de la diathèse qui, durant la vie entière, promène, chez ses privilégiés, ses ravages sur toute l'étendue, sur toutes les dépendances, et sur tous les alliés du système tégumentaire. (A. D.)

dans l'eczéma, puisque cette affection est la même quant à sa forme et son évolution, qu'elle survienne chez une personne en bonne ou en mauvaise santé, qu'elle résulte d'une irritation artificielle ou qu'elle se manifeste spontanément : de plus, quand l'eczéma se déclare chez des individus présentant les symptômes les plus tranchés de ce qu'on appelle la scrofule, savoir tuméfaction et ulcération des glandes et carie des os, on remarque qu'elle suit précisément la même marche que dans d'autres cas. Il m'est, par conséquent, impossible d'admettre que cette diathèse modifie l'eczéma, et bien moins encore qu'elle le produise ; et, d'après ces considérations, je nie l'existence d'une forme scrofuleuse d'eczéma, bien que j'admette son apparition chez les malades scrofuleux.

Le même raisonnement s'applique aux autres dyscrasies, comme la syphilis et la goutte. Même dans le cas de chlorose, que j'ai déjà discuté, on ne peut considérer cette condition que comme favorable à la production de l'eczéma, car il y a assez de chloroses sans le plus léger signe d'affection cutanée ; de sorte que tout ce qu'il est permis de dire c'est que ces deux états coïncident souvent. Depuis qu'on a découvert l'insecte de la gale, on a cessé d'entendre parler d'une *dyscrasia psorica*, ou, si on la rencontre encore, c'est seulement parmi les disciples d'Hahnemann. Enfin l'existence d'une dyscrasie herpétique (1), la mère de toute espèce d'éruptions cutanées, a été réfutée par l'investigation plus complète de leur pathologie, et l'on peut de toute manière la regarder comme morte, jusqu'à ce que ses défenseurs réussissent à l'exprimer par une formule chimique (2).

Ces hypothèses fournissent, à mon avis, une explication bien plus forcée et plus difficile de l'apparition de l'eczéma que la théorie suivante, qui est appuyée en partie sur les résultats de l'expérimentation directe, en partie sur l'observation des maladies qui sont en général suivies par cette éruption. Puisqu'on sait : 1° que l'eczéma peut être occasionné par des irritants mécaniques et autres, et 2° qu'il est fréquemment le résultat de veines variqueuses cutanées, ce n'est pas une supposition très-téméraire que de penser que la cause immédiate de la maladie tient à un trouble de la circulation dans les capillaires et dans les plus petites artères et veines, produisant une congestion capillaire. Que ceci soit le résultat d'une affection des nerfs ou des vaisseaux,

(1) Virus dartreux, — diathèse dartreuse.

(2) Pourrait-on, sans être taxé d'exigence déraisonnable, demander au professeur Hebra par quelle *formule chimique* il exprime la syphilis, qu'il considère cependant comme une dyscrasie des plus réelles ? (A. D.)

c'est un problème de peu d'intérêt pour mon but actuel, et l'on doit en laisser la solution aux physiologistes de profession. Il me suffit, quant à moi, qu'une congestion et d'autres troubles de la circulation puissent être la conséquence d'irritants cutanés et de changements dans le système veineux. D'ailleurs je crois que cette congestion entraîne une exsudation tellement excessive de *liquor sanguinis*, qu'il est impossible qu'elle soit complétement consommée en suppléant à la perte, et ainsi il en reste une certaine quantité qui s'infiltre parmi les éléments du tissu affecté, dans ce cas, parmi les cellules épidermiques.

A la première période de la maladie, tandis qu'il n'y a qu'une petite quantité de cette exsudation, elle poussera devant elle l'épiderme sain, se ramassera dans les couches profondes, et produira ainsi des vésicules. Lorsque ce processus a duré plus longtemps et que la somme du fluide exsudé a augmenté, il se frayera un chemin à travers son enveloppe épidermique et apparaîtra sur la surface, produisant ainsi tous les phénomènes que j'ai déjà décrits complétement.

De cette manière, je n'ai pas besoin pour expliquer une attaque d'eczéma de supposer une maladie du sang, ou une *materia peccans*, qui serait primitivement incorporée au sang et de là se répandrait sur la peau comme une *acrimonia sanguinis*. Car on sait qu'il est possible de produire l'eczéma, chez les personnes en bonne santé, par l'application d'irritants (1), et l'on ne trouve pas d'autres éléments, dans l'exsudation ainsi désignée, que dans celle qui survient dans une attaque spontanée. Mais pour éviter un malentendu, je dois ajouter que tous les cas de cette affection ne sont point le résultat d'une irritation locale, qu'elle peut au contraire être occasionnée par des maladies du reste du corps; même dans ces circonstances, cependant, il est possible d'expliquer le trouble de la circulation cutanée par le *consensus nervorum*, tout aussi bien que par la supposition jusqu'ici en vigueur, de la présence de quelque produit morbide dans le sang.

Même la démangeaison qui accompagne si constamment cette affection s'explique plus facilement par une maladie primitive du système nerveux que par l'ancienne théorie des acrimonies; car l'expérience montre que dans les vraies dyscrasies, comme, par exemple, dans la

(1) Cet argument semble à Hebra d'une grande valeur, si l'on en juge par l'insistance avec laquelle il y revient à chaque instant. Pour le réduire à sa véritable portée, il nous suffira de faire observer que, par un irritant local, on déterminera en effet une plaque de vésicules plus ou moins étendue, mais rien de comparable au véritable eczéma, c'est-à-dire à cette maladie qui envahit, sans cause locale, des régions éloignées les unes des autres, régions devenant pour elle des lieux d'élection, et qui, spontanément aussi, disparaît puis reparaît à diverses époques. (A. D.)

syphilis ou les exanthèmes, les produits morbides déposés dans la peau ne donnent lieu à aucun prurit, tandis que dans la gale (dont le caractère local est aujourd'hui reconnu), la présence de l'acarus est complétement suffisante pour expliquer la sensation dont la maladie tire son nom vulgaire.

Enfin, le caractère symétrique d'une éruption eczémateuse s'explique plus simplement par une participation primitive des nerfs que par l'excrétion supposée d'impuretés dans le sang. Et puisque les progrès dans la connaissance des maladies de la peau ont démontré que la distribution des nerfs cutanés joue le principal rôle dans la détermination de leur forme (comme, par exemple, on le remarque dans les cas de zoster, de variole et de syphilis), ce n'est pas une présomption très-hardie de supposer que pour l'eczéma aussi c'est une *innervation défectueuse* qui joue le rôle le plus important dans sa production. On doit pour le moment laisser sans réponse la question ultérieure quant à la cause de cette manifestation dans le système nerveux, puisque l'on manque d'observations dignes de foi pour se diriger sur ce point (1).

TRAITEMENT.

Mes opinions sur la nature et l'étiologie de l'eczéma différant de celles de mes prédécesseurs et de mes contemporains, mon expérience m'a naturellement conduit à considérer leurs méthodes de traitement comme imparfaites et illusoires.

Bien que mes propres recherches ne m'aient pas encore mis à même de guérir tous les cas de cette maladie « *tuto, cito et jucundè* », cependant je crois, sans trop de présomption et en bonne conscience, pouvoir affirmer que mon système thérapeutique guérira la grande majo-

(1) C'est, comme l'a dit Hébra, aux physiologistes d'apprécier l'exactitude des indications qu'il énonce sur les lésions des appareils vasculaire et nerveux, propres à l'eczéma. A nous, dermatologistes, il nous appartient seulement de faire observer que ces données, quelle qu'en soit la valeur intrinsèque, ne sont point en opposition avec la doctrine du *vice herpétique* comme cause de l'eczéma. En effet, en écrivant l'anatomie pathologique de l'eczéma, Hebra ne prétend point sans doute donner ce chapitre pour de l'étiologie ou pour son équivalent. Quelles que puissent être, quelque importance que méritent d'avoir la congestion et l'exsudation qui accompagnent cette dermatose, ce ne sont que des phénomènes secondaires, que des effets subordonnés à une cause agissant de plus haut; et cette cause, l'étude la plus attentive, même la plus fructueuse des altérations de tissu, ne peut autoriser à croire qu'elle réside dans les tissus. Encore une fois, rechercher, trouver le mécanisme intime de la formation d'une des vésicules, ce n'est point avoir découvert la cause de leur génération, de leur multiplication et surtout de leurs reproductions. (A. D.)

rité, soulagera tout le monde et ne fera de mal à personne. Toutefois, avant d'avoir réussi à trouver le mode de traitemeut que j'emploie actuellement, j'avais expérimenté les moyens recommandés par les médecins anciens et les contemporains, et une revue critique de ces divers systèmes ne sera peut-être pas inutile, ne fût-ce que pour conserver leurs noms à la postérité.

Partant de l'hypothèse que les maladies cutanées en général, et notamment celles accompagnées de sécrétion et d'exsudation, de liquides purulents ou autres, devaient être considérées comme des dépôts salutaires de matières nuisibles, il n'est pas surprenant que les médecins d'alors aient exhorté leurs malades à supporter leur eczéma qui, disaient-ils pour les consoler, devait leur épargner un mal intérieur plus grave. Ce même principe explique pourquoi presque toutes les auteurs médicaux mettaient leurs disciples en garde contre le danger d'une guérison rapide et brusque de l'eczéma, qui pouvait déterminer de graves affections internes, voire même la mort. Or, je suis malheureusement obligé d'avouer mon ignorance d'un remède quelconque susceptible de pouvoir guérir d'une manière aussi soudaine et aussi prompte. En effet, je ne puis que répéter ce que j'ai dit en l'année 1846 (1) : « Que mon désir le plus ardent, le stimulant de toutes mes études, a été de guérir les maladies chroniques de la peau, aussi vite que possible ; et cependant, à mon très-vif regret, je n'ai jamais réussi, malgré l'emploi de tous les moyens internes et externes, à faire disparaître instantanément ou même rapidement, une affection de cette nature ». Et si mon expérience a depuis lors confirmé notre impuissance sur un point, c'est tout particulièrement dans le cas d'eczéma. Comme plusieurs fois déjà j'ai eu l'occasion de le remarquer, la crainte exprimée par quelques auteurs de la métastase de cette maladie (après la guérison par certains moyens qui me sont inconnus) ne peut s'expliquer que par la coïncidence accidentelle d'une attaque fébrile aiguë avec l'emploi de médicaments destinés à combattre l'eczéma, de sorte qu'on a attribué l'apparition de la fièvre à ce traitement. Par exemple, un enfant, auparavant en bonne santé, a un eczéma étendu du visage, du corps et des membres, et les symptômes sont une violente démangeaison, entraînant avec elle la privation de repos et l'absence de sommeil. Le médecin est appelé et ordonne un remède agréable tel que le *decoctum altheæ*. Supposons l'enfant âgé de sept à dix mois et au moment du travail de la dentition ; pour cette raison ou tout

(1) Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien », 3e série, vol. I, p. 356.

autre, il tombe brusquement malade, prend la fièvre, a des frissons, et voici que l'eczéma si apparent la veille a tout à fait disparu ; la peau, qui était rouge et tuméfiée, est maintenant pâle et flasque, les plaques humides ont séché et sont recouvertes de squames légères, d'une coloration jaunâtre, la violente irritation a disparu : les parents anxieux et le médecin inexpérimenté rapportent tous ces symptômes au remède inerte qui a été prescrit. Nécessairement aussi cette opinion se trouvera de plus en plus confirmée aux yeux des mêmes personnes, lorsque quelques jours plus tard la fièvre, les frissons, la diarrhée et tous les autres symptômes aigus ayant disparu, la peau sera de nouveau devenue rouge, irritable et humide, présentant en réalité tous les phénomènes eczémateux antérieurs. Ici, il est évident que la diminution ou la disparition de la maladie cutanée ne dépend pas d'une métastase sur des organes internes, mais de l'anémie tégumentaire occasionnée par l'attaque aiguë, fébrile ou autre; et comme j'ai déjà suffisamment expliqué cet effet, je me borne à renvoyer au passage en question (p. 70).

Je vais actuellement mentionner par ordre quelques-uns des traitements de l'eczéma, autrefois d'un usage très-général et qui ne sont pas encore tout à fait abandonnés, mais me semblent ne pas mériter d'être adoptés.

Et, en première ligne, la *saignée*, les sangsues, les ventouses, la scarification, et le nouvel et ingénieux traitement de Baunscheidt (1). Tous ces modes d'extraire du sang sont considérés par la plupart des auteurs comme inutiles, dans le traitement de l'eczéma ; et sans doute, à présent, bien peu de praticiens les défendraient. Ils ne sont nécessaires dans aucun cas, tandis qu'ils peuvent fréquemment occasionner des accidents durables. Quant aux « *dérivatifs* », qui sont souvent appliqués près de la plaque eczémateuse de la peau, tels que vésicatoires, huile de croton, voire même des sétons, je dois seulement rappeler à mes lecteurs que Biett lui-même met en garde contre eux, comme devant très-probablement élargir au lieu de diminuer la surface affectée. Dans ces cas, même dans ceux où une semblable attaque s'est dissipée spontanément ou par l'action d'un traitement convenable, je dissuaderais vivement d'employer des sétons; car ils peuvent faire autant de mal après la guérison que pendant le cours de la maladie, et ne réussiront jamais à en prévenir le retour.

Un des moyens usités pour combattre l'eczéma (et toutes les autres affections de la peau) a été de chercher à éliminer, à l'aide de *purgations*

(1) C'est une méthode perfectionnée d'acupuncture.

répétées, la prétendue *materia peccans.* Je dois malheureusement ajouter que non-seulement dans les temps passés, mais encore à présent, cette erreur est commune ; et des spécialistes aussi bien que des médecins cliniciens, de ceux qui se livrent à la pratique ordinaire, patronnent encore cette « médication évacuante » pour les maladies cutanées en général et pour l'eczéma en particulier. Un groupe de médecins et de malades exaltent le bienfait de simples sels neutres et des eaux minérales qui doivent leur célébrité à ces composés — sels de Glauber, sels d'Epsom, crème de tartre, poudre de Sedlitz, sels de Seignette (1), et les sources de Saidschütz, Friedrichshall, Ofen, Ivanda, Püllna, Marienbad, Karlsbad, Kissingen, etc. D'autres considèrent comme ayant plus de puissance pour guérir l'eczéma, le séné, le jalap, la scammonée, la gomme-gutte, la coloquinte et par-dessus tout le calomel. Ces préparations sont recommandées non-seulement de temps à autre et quand il y a constipation, mais pendant plusieurs mois de suite : on célèbre le succès d'une pareille pratique. Je suis pourtant forcé d'opposer aux partisans de ce mode de traitement, d'après ma propre expérience, que dans l'eczéma chronique les purgatifs pris seuls ne sont jamais d'aucune utilité et se montrent souvent dangereux. L'erreur qui attribue à de semblables médicaments le pouvoir de guérir les dermatoses chroniques ne s'explique que par ce fait que ceux qui la soutiennent prescrivent en même temps des bains, des lotions, des onguents et d'autres applications locales et s'imaginent que les bons effets, en réalité dus à ces derniers, sont le résultat des apéritifs qu'ils ont administrés.

S'ils avaient, comme moi, fait l'expérience de prescrire dans un cas les purgatifs sans applications locales et dans un autre un traitement externe sans purgatifs, ils se seraient bientôt convaincus de leur erreur et n'auraient plus attribué à des médecines laxatives, ni même à aucun remède interne, des effets que ceux-ci n'ont jamais possédés et ne posséderont jamais.

Je professe la même conviction de l'inutilité des décoctions de bois appelés *purificateurs du sang*, sur l'action desquelles j'ai eu l'occasion de parler longuement quand j'ai discuté le traitement du psoriasis. Je me bornerai seulement à ajouter à ce que j'ai déjà dit ces paroles d'Alibert : « La force de l'habitude donne à chacun confiance en l'efficacité de ces remèdes, d'après le témoignage de son voisin ».

Les mêmes remarques s'appliquent aux agents médicamenteux plus

(1) Sulfate de soude et de magnésie.

actifs mentionnés ci-dessus (p. 21), tels que l'antimoine, le manganèse, la baryte, le graphite, l'anthrako-kali ; à ces derniers on peut joindre le fuligo-kali, préparé par M. Deschamps, pharmacien d'Avallon et dont il recommande l'usage à la fois interne et externe, comme supérieur même à l'anthraco-kali (1).

Les *remèdes diurétiques* qu'on a souvent conseillés ont tous été reconnus inutiles, et l'un d'eux, la teinture de cantharides, quand elle est employée longtemps ou à doses élevées, ne peut être considérée comme seulement indifférente ; car elle est nuisible à la santé du malade sans le guérir de son eczéma. Le *camphre*, recommandé par Erasmus Wilson, n'est pas plus efficace que les préparations d'iode et de mercure, préférées par d'autres auteurs, et l'*huile de foie de morue*, tout en étant du plus grand secours comme application locale, est tout à fait inutile, prise intérieurement. Je ne puis pas même concéder à l'*arsenic* le pouvoir indéfini qui lui est attribué par les médecins anglais et français de purifier le sang et de guérir l'eczéma. Que l'on fasse seulement l'expérience de traiter deux cas semblables de cette maladie, l'un avec l'arsenic seul, l'autre uniquement avec des applications locales, et ce dernier mode de traitement remportera incontestablement la victoire. En effet, il faut que je répète ce qu'on a dit des purgatifs, que c'est seulement le système irrationnel de combiner les médications interne et externe dans l'eczéma, qui a conduit à la doctrine erronée de la grande valeur des préparations arsenicales dans cette maladie. J'admets néanmoins que si l'on reconnaît la nécessité d'une médication interne, l'arsenic doit de beaucoup être préféré comme exerçant une influence incontestable sur la formation de l'épiderme. Mais du moins doit-on réserver l'emploi de ce remède pour les cas d'eczéma chronique opiniâtre et général, — cas toujours compliqués d'affaiblissement des organes digestifs et de la perte de l'appétit et dans lesquels on est obligé dans la pratique de prescrire un remède interne, ne fût-ce que pour satisfaire le malade et ses amis. J'ai déjà

(1) Le mode de préparation du fuligo-kali est le suivant : on fait bouillir un scrupule (1 gr. 25 cent.) de potasse caustique avec cinq scrupules (6 gr. 25 cent.) de suie (*Fuligo splendens*) dans une quantité d'eau suffisante pour dissoudre la potasse ; au bout d'une heure on le laisse refroidir, on filtre et l'on évapore jusqu'à siccité. Le fuligo-kali apparaît alors sous forme d'écailles, et il faut avoir soin de le conserver dans des bouteilles bien bouchées et dans un endroit sec. On prend alors une préparation sulfureuse qui se fait en chauffant 4 parties de soufre avec 14 de potasse caustique dans de l'eau ; après que tout est dissous, on ajoute 60 parties de suie. On évapore la mixture et le résidu est conservé comme avant. Gibert et Erasmus Wilson ont tous les deux essayé ces préparations à plusieurs reprises et les ont trouvées inutiles ; de sorte que je ne les mentionne ici que dans le but d'être complet.

longuement discuté (pages 427 et suivantes) le meilleur mode de préparation et d'emploi de ce médicament (1).

En passant à l'examen du traitement local de l'eczéma, je ne puis me défendre de rappeler ce que j'écrivais dès l'année 1846 : « L'insuffisance des soi-disant spécifiques dans le traitement des maladies chroniques de la peau, et non une pensée d'opposition ou un désir d'innovation m'a engagé à chercher d'autres moyens pour atteindre le but désiré. » Car puisque je n'ai jamais réussi à guérir l'eczéma à l'aide des remèdes internes préconisés par mes prédécesseurs et mes contemporains, quand je les employais *seuls*, et que d'un autre côté je voyais bon nombre de cas traités sans succès, dans tous les pays de l'Europe, par les médecins les plus célèbres et par les

(1) Si l'eczéma réclame un traitement local, il exige aussi et avant tout une médication générale. Conséquent avec ses doctrines, le professeur Hebra ne se préoccupe que de la première question, aussi croyons-nous, comblant cette lacune, devoir dire quelques mots de l'arsenic qui est un des médicaments les plus actifs contre les manifestations eczémateuses. Toutefois il ne trouve une utile application qu'à la troisième période de la maladie, ainsi que nous l'avons déjà indiqué dans une précédente note.

M. Bazin considère l'arsenic comme un médicament spécifique dans le traitement de l'eczéma herpétique, tandis que dans la forme arthritique de la même dermatose il administre avec avantage les alcalins tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, et ne place les préparations antimoniales qu'au second rang. (Bazin, *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, etc., 1860, p. 311 et 76.)

Suivant M. le professeur Hardy : « Le médicament le plus puissant pour combattre » les manifestations dartreuses et particulièrement l'eczéma, est l'arsenic. On peut » même dire qu'il a, en quelque sorte, le monopole de la guérison de cette maladie, » car c'est lui qui s'adresse le plus directement à l'action morbide du principe diathé» sique sur le tégument externe, sans avoir toutefois la propriété de l'éteindre radica» lement ou de l'expulser de l'économie. » (Hardy, *Leçons sur les maladies dartreuses*, 3e édit., p. 134.)

MM. Bazin et Hardy recommandent de continuer l'usage des préparations arsenicales pendant un certain temps, plusieurs mois après la disparition des manifestations tégumentaires, si l'on veut conjurer ou du moins éloigner les récidives.

Le docteur Er. Wilson attribue à l'arsenic une action reconstituante qui se manifeste particulièrement sur le tégument externe.

En dehors de tout système théorique, il est un fait reconnu par tous les dermatologistes, c'est que les préparations arsenicales sont d'une incontestable utilité dans la plupart des eczémas arrivés à la troisième période. Est-ce, comme le veut M. Bazin, un médicament spécifique de l'eczéma herpétique ? Nous ne saurions l'admettre, et l'on trouvera toujours une différence notable entre son action contre l'eczéma herpétique et celle du mercure contre certaines formes de la syphilis (*). Mais s'il nous paraît difficile d'admettre la spécificité des préparations arsenicales dans le traitement de l'eczéma, nous maintenons son action thérapeutique comme l'une des plus efficaces dans la cure de cette dermatose. (A. D.)

(*) S'associant énergiquement à cette restriction, notre confrère et ami, M. le docteur Diday, nous demande de profiter de l'occasion pour déclarer que, quant à lui, il ne croit en aucune façon au pouvoir curatif des préparations arsenicales contre l'eczéma, de quelque manière et pendant quelque temps qu'elles soient administrées ; et il réclame instamment que ses contradicteurs, s'ils tiennent à le convaincre, veuillent bien publier une seule observation — recueillie trois ou quatre ans après la fin du traitement — d'eczéma ancien, ayant résisté à d'autres médications, et guéri par l'arsenic seul. Du reste, son incrédulité au sujet de l'eczéma ne s'étend pas à la thérapeutique arsenicale des dermatoses sèches, par exemple du psoriasis, du pityriasis, dans la cure desquels l'arsenic rend, non pas toujours, mais assez souvent, de très-réels services. (A. D.)

moyens les plus divers, une conclusion toute naturelle me portait à penser qu'on n'arriverait jamais à une thérapeutique efficace de l'eczéma par la voie suivie jusqu'à ce jour.

Une conséquence également logique pour moi de cette observation fut d'essayer d'autres procédés et par-dessus tout d'employer chacun d'eux isolément, jamais associé à d'autres, afin d'arriver enfin à une appréciation exacte des différents remèdes vantés contre l'eczéma. Et dès le début, je commençai à comprendre que par ces expérimentations thérapeutiques il était possible d'atteindre le but à l'aide des applications locales seules, — c'est-à-dire de se débarrasser par là de cette maladie qui avait résisté pendant des années au traitement interne. Ainsi encouragé, j'ai constamment suivi cette voie d'investigation, et en même temps je n'ai pas négligé d'expérimenter toutes les méthodes de traitement externe ou interne, recommandées par d'autres auteurs. Il me reste maintenant à soumettre à l'appréciation du lecteur le résultat de ces observations que j'ai poursuivies pendant plus de vingt ans.

Commençons, comme pour le psoriasis, par un examen de l'action curative de l'eau. Sa propriété la plus importante à cet égard est sa crudité, ou la nature des sels qu'elle tient en dissolution. L'expérience journalière nous apprend que beaucoup de personnes, et notamment des dames ayant la peau délicate, arrivent à se rendre l'épiderme rude et sec en se lavant les mains et le visage dans une eau de source crue ; il survient des gerçures et des fissures, et même après un emploi prolongé de cette eau, des éruptions eczémateuses. On a observé que les mêmes effets résultent, même à un degré plus prononcé, de l'usage de bains froids dans de l'eau de cette espèce.

Il est vrai qu'après un long traitement avec une eau froide quelconque on verra apparaître des symptômes d'eczéma artificiel, ainsi que je l'ai déjà signalé; mais la rapidité et l'intensité de son développement dépendront, *cœteris paribus*, de la qualité de l'eau. Quand le médecin et le malade ont le choix de l'eau pour les pansements à l'eau, les lotions et les bains, ils devront toujours donner la préférence à l'eau de pluie, à l'eau distillée ou à celle des grandes rivières. Mais comme il est souvent difficile ou dispendieux de s'en procurer, il faut se rappeler les meilleurs moyens d'approprier toute autre eau au but que l'on se propose.

Personne n'ignore que quand on a fait bouillir de l'eau et qu'on l'a laissé refroidir, elle dépose une grande partie des sels qu'elle contient, et devient ainsi bien mieux appropriée aux usages thérapeutiques ; et l'on améliore encore sa composition en y ajoutant une substance mu-

cilagineuse. Or, le meilleur mode de préparation pour rendre une eau crue propre au traitement des maladies cutanées, c'est de la jeter bouillante sur des amandes écrasées ou de la farine et puis de la laisser refroidir. On peut expliquer ainsi l'action des décoctions et infusions employées par des dames pour conserver leur teint, telles que la *Dec. altheœ*, l'eau de mauve ou de pensée; préparations dont aucune n'a de vertu par elle-même, mais sert à adoucir l'eau. L'eau ainsi préparée, on l'emploie chaude ou froide, et si on le juge utile, on pourra en abaisser la température en plongeant le vase qui la contient dans un autre rempli de glace (1). Si on l'applique sur une surface eczémateuse, on aura soin qu'elle n'agisse que sur la partie affectée; et pour en être certain, on n'enveloppera pas les membres dans des bandages mouillés, mais on appliquera exactement et solidement sur le point précis où l'on doit agir une compresse grossièrement pliée.

Si l'on désire éviter des changements fréquents, et si le malade trouve une basse température agréable, le meilleur moyen est d'attacher sur la compresse une vessie ou un sac de caoutchouc, à moitié rempli de glace; on ne changerait alors le pansement que toutes les fois que la sécrétion eczémateuse le rendrait nécessaire. Mais il faut éviter, dans ce cas, l'emploi de la toile cirée ou de la gutta-percha, car au-dessous il se développe bientôt une température égale à celle du corps, et ainsi l'application froide se transforme en une application chaude, et le but désiré n'est pas atteint. Car l'eau ne doit pas ramollir et macérer l'épiderme, mais surtout agir sur le système nerveux, de manière à diminuer ou à faire disparaître la sensation de démangeaison; on ne peut atteindre ce résultat qu'à l'aide du froid. Aussitôt que le pansement se réchauffe, l'irritation reparaît et souvent à un degré plus prononcé. — C'est sur les propriétés de l'eau froide mentionnées ci-dessus, sa douceur et sa température que repose l'action de quelques sources minérales employées avec succès dans le traitement de l'eczéma; aussi les plus utiles sont-elles celles qui chimiquement sont presque aussi inertes que possible et ont une température de 68 à 88°,2 Fahr. (de 20 à 31 cent.). L'eczéma artificiellement produit dans les établissements hydrothérapiques (Kaltwasserheilanstalten) disparaît fréquemment avec la continuation des pansements à l'eau, surtout lorsqu'on les applique de la manière que je viens d'indiquer

(1) Il faut que je donne ici un avertissement contre l'emploi de la glace fondue elle-même, parce que fréquemment elle n'est pas débarrassée des composés salins qu'elle contenait avant d'être congelée, et que, de plus, on la mêle, souvent à dessein, avec du sel commun.

et qu'on les change souvent, afin qu'ils ne s'échauffent pas. Alors même que ces agents ne sont pas aussi judicieusement employés, les bons effets apparents du traitement à l'eau s'expliquent par l'état de la peau, qui, irritée d'abord, perd sa susceptibilité et arrive à ne plus éprouver de réaction.

On doit considérer comme exemples d'irritabilité non vaincue, mais excitée à la production de nouvelles éruptions eczémateuses, d'autres cas dans lesquels l'application continuée de l'eau froide ne guérit pas l'eczéma qu'elle a produit en premier lieu, mais laisse une si violente démangeaison, lorsqu'il y a interruption du remède, que le malade est forcé d'y avoir de nouveau recours. Même lorsqu'on aura appliqué constamment et soigneusement l'eau froide dès le début, il se trouvera quelques cas qui, au lieu d'être guéris, seront seulement un peu soulagés pendant aussi longtemps que le traitement est continué, tandis que l'éruption s'étend tout le temps, et présente des symptômes plus actifs que jamais, dès qu'on cesse les applications mouillées. Il sera nécessaire, dans ces circonstances, d'avoir recours à un mode différent de traitement, en général à l'emploi de la poix sous les formes que j'exposerai dans les pages suivantes.

On trouvera également très-utile dans un grand nombre d'eczéma les *bains et les douches de vapeur*, et notamment lorsque l'éruption est localisée sur le cuir chevelu ou sur d'autres régions recouvertes de poils; car il est alors presque impossible d'assurer par aucun autre moyen l'application parfaite de l'eau sur la surface affectée. Le bain de vapeur, toutefois, ne doit pas avoir une température trop élevée ni durer plus longtemps que cela n'est nécessaire pour le but proposé, savoir : attendrir les produits eczémateux et préparer le malade à recevoir la *douche* consécutive avec plaisir ; car c'est la dernière et non le bain de vapeur qui est efficace pour la guérison de la maladie. Il faut qu'on ait à sa disposition une quantité considérable d'eau, et que la *douche* tombe en pluie fine et d'une faible hauteur. Je pense que des appareils pour diriger l'eau de côté ou même d'en bas, et que l'appareil-cloche dont on s'est beaucoup servi autrefois sous le nom d'*autoteloutron*, sont des jouets non-seulement inutiles, mais capables de devenir préjudiciables. Il suffit que l'eau tombe d'une grille, de manière à irriguer la peau du malade. Cette pomme d'arrosoir doit avoir un diamètre de quatorze pouces et demi. Il faut qu'elle soit percée d'une grande quantité de petits trous, et ne soit pas placée à plus d'un pied d'élévation au-dessus de la tête du malade. Une chute plus considérable et une colonne d'eau moins divisée ne peuvent avoir que des inconvénients, car la

peau se trouverait ainsi mécaniquement lésée, et la voie serait préparée à des tuméfactions inflammatoires et à des furoncles, — résultats qu'aucun observateur raisonnable ne considère comme des crises, mais bien et seulement comme des causes d'interruptions fâcheuses, qui ne font que compliquer et retarder la guérison. En effet, il m'est impossible de comprendre comment des médecins peuvent, même actuellement, envisager de désagréables pustules et furoncles comme des métastases critiques, et je regrette que le dicton de personnes complétement ignorantes de notre art soit si généralement accepté par ceux qui devraient en savoir davantage.

Quand on use des douches dans le traitement des maladies cutanées, il faut les prendre trois ou quatre fois par jour, et de cinq à quinze minutes au plus chaque fois. Afin d'empêcher l'eau d'entrer dans le nez et la bouche, le malade aura la précaution d'opposer les extrémités réunies de ses quatre doigts, et alors, en appuyant fortement l'index de chaque côté du nez et le pouce correspondant sur l'angle de la mâchoire, il formera avec ses deux mains une espèce de toit qui mettra le nez et la bouche à l'abri de l'eau, tout en laissant la respiration libre. En commençant, on fera dévier l'eau, et le malade entrera alors dans le bain, en évitant ainsi la sensation pénible occasionnée par un courant d'eau qui augmente graduellement de force. Lorsqu'il sera habitué à la douche, il sera en état de se servir librement de ses mains et trouvera agréable de se frictionner lui-même; n'omettons pas de lui conseiller aussi de se mouvoir sous la douche.

Peu importe l'heure de la journée que l'on choisisse. Le meilleur mode est de prendre la première en se levant le matin, la seconde dans le courant de la matinée (de 10 heures à midi), une troisième dans l'après-midi (de 3 à 5 heures), et la dernière avant de se coucher. Mais quelle que soit l'heure choisie, le malade s'arrangera toujours pour passer une demi-heure après le bain à se promener, soit au grand air, soit à couvert, et ne se mettre jamais immédiatement au lit, car la réaction est alors très-lente et imparfaite. De plus, il ne faut pas prendre la *douche* dans une pièce sombre, froide et isolée; mais en été, si la chose est possible, en plein air, et durant l'hiver, dans une chambre à coucher chaude et confortable.

A l'aide de l'eau ainsi employée, sous forme de lotions et de diverses espèces de bains, continués pendant plusieurs mois, il est possible de guérir l'eczéma ou de préparer le succès de son traitement par d'autres méthodes, ou du moins d'atténuer beaucoup les souffrances du malade, et notamment l'intolérable démangeaison; d'ailleurs, en

aucun cas, ce mode de médication ne détermine le plus léger accident.

Les *substances grasses et oléagineuses* jouent un rôle presque aussi important que l'eau dans le traitement de l'eczéma. Le choix des unes et des autres ne dépend pas autant de leur qualité ou composition chimique que de leur degré de consistance et des principes odorants qu'elles contiennent; car, tandis qu'une forme sera agréable par son absence d'odeur, une autre, bien qu'également efficace, est moins applicable par le fait de sa fétidité. Tant qu'on emploiera la substance grasse dans des proportions convenables et d'une manière appropriée, les effets purement thérapeutiques seront exactement les mêmes, que l'on donne la préférence à l'huile d'amande, d'olive, de lin, ou même à de l'huile de noix, de l'huile de foie de morue, du lait (du petit-lait, du lait caillé, de la crème), de la graisse de porc, de mouton, du spermaceti, ou à ces onguents qui ne contiennent qu'une matière colorante inerte, tels que *Ung. linaria*, *Ung. altheæ*, Crème céleste, Cold cream, *Ung. calendulæ*, *Ung. populeum*, *Ung. emolliens*, *Axungia pectinis.*

Puisque l'application de ces substances est destinée à ramollir les écailles, les croûtes et les autres produits de l'eczéma, et puisque, pendant la durée de la maladie, il y a une humidité continuellement sécrétée qui tend, en se desséchant, à renouveler ces produits, il est évident qu'il ne suffit pas d'enduire de temps à autre une surface eczémateuse d'une substance grasse ou huileuse, ou, d'après le système ordinaire de l'oindre toutes les heures ou toutes les deux heures. Il est indispensable de maintenir la matière oléagineuse en contact continuel avec la surface malade, afin d'éviter la dessiccation de la sécrétion humide par l'exclusion de l'air.

On appliquera, en conséquence, sur les parties eczémateuses des linges trempés dans l'huile, ou bien, dans le cas d'eczéma du cuir chevelu, l'huile employée sera mise directement sur les cheveux et après qu'on l'a fait pénétrer par la friction, pour en empêcher la trop prompte évaporation, on recouvrira la tête de flanelle ou de tout autre tissu de laine difficilement perméable à l'huile. Le préjugé généralement répandu que le contact de la laine a de fâcheux effets sur la peau et particulièrement sur une surface malade, n'est nullement fondé et ne doit pas en empêcher l'emploi de préférence à de la toile lorsque, comme dans ce cas, elle est recommandée par l'expérience. J'ai l'habitude ordinairement, dans les cas d'*E. capitis*, d'oindre le cuir chevelu, avec environ une once d'huile, au moins deux fois chaque jour,

et de couvrir la tête immédiatement après, avec un bonnet de flanelle fortement serré. Quand le visage est affecté, j'arrive au même résultat au moyen de bandes de flanelle, ou, si c'est nécessaire, à l'aide d'un masque de la même étoffe, aussi adhérent que possible; on peut facilement adapter le même mode de traitement à toutes les autres variétés locales de la maladie. Dans les cas d'eczéma général, je fais porter au malade directement sur la peau une camisole et des caleçons collants, de flanelle ou d'autre étoffe de laine d'un tissu serré, ou, quand il est impossible de lui épargner la position horizontale, je le fais coucher nu entre deux couvertures de laine, et après l'avoir bien frictionné, plusieurs fois par jour, avec un onguent approprié, je l'enveloppe étroitement dans ces mêmes couvertures.

Rayer dit même, dans son ouvrage souvent cité, *Traité des maladies de la peau :* « On doit attribuer les bons effets des onguents composés de zinc et de calomel, en grande partie, aux corps gras qu'ils contiennent, les substances actives qu'ils renferment y étant souvent en très-petite quantité. » Je partagerais presque complétement cette opinion, car l'expérience apprend qu'on peut employer avec un égal succès un très-grand nombre d'onguents, voire même ceux qui ne contiennent aucun ingrédient caustique.

Dans la pratique, toutefois, où, comme tout le monde le sait, le médecin a non-seulement la maladie, mais le malade à traiter, il est très-souvent obligé de varier ces applications, moins dans un but réellement thérapeutique que pour produire un effet moral sur le patient. Il faut donc qu'il ait à sa disposition une grande quantité de remèdes différents, ne le fussent-ils que par la couleur, de manière à les adapter aux désirs changeants de son malade, ou, dans bon nombre de circonstances, pour conduire à bonne fin quelque but thérapeutique spécial.

En vue de ces désidérata, j'énumérerai donc les baumes et les onguents les plus utiles et les plus ordinairement recommandés par divers auteurs. Ce sont : 1° *Ung. album simplex,* contenant cinq parties d'axonge lavée, une d'emplâtre simple de plomb, et trois de blanc de plomb finement pulvérisé, — autrement appelé *Ung. cerusæ* ou onguent de céruse ; 2° *Ung. fuscum* ou *Ceratum fuscum,* qu'on prépare en faisant chauffer 500 gram. d'emplâtre diachylon jusqu'à ce qu'il devienne brun, en y ajoutant 120 gram. de cire jaune, 120 gram. de graisse de mouton et 180 gram. d'axonge : on verse ensuite le tout dans des moules; 3° *Ung. lithargyri* (*Ung. plumbi acetici*, *Ung. saturninum*), composé de 500 gram. d'axonge, de 120 gram. de cire blanche et de 3 gram. 50 cent. d'acétate de plomb ; enfin, 4° *Ung. calomelanos* (4 gram.

sur 30 gram.), et 5° *Ung. zinci* (dans les mêmes proportions); ce dernier a été vanté comme un spécifique de l'eczéma (1).

Depuis quelques années, je me suis servi, dans le traitement de l'eczéma, d'une pommade que j'ai appliquée d'abord à la cure de la sueur des pieds, et à l'eczéma, depuis qu'un malade, qui souffrait des deux affections en même temps, trouva qu'elles se guérissaient également toutes les deux par son emploi. On prépare cette pommade en faisant fondre de l'emplâtre diachylon ordinaire à un feu doux jusqu'à ce qu'il devienne liquide et homogène : on y ajoute alors une égale quantité en poids d'huile de lin, et on laisse refroidir la mixture ; mais on obtient une préparation plus élégante, en remplaçant, dans la composition du diachylon, l'axonge par de l'huile d'olive. Le docteur Steinhäuser, directeur de la pharmacie impériale de Vienne, a donné la formule suivante :

♃ Huile d'olive la plus pure................ 450 gram.
Litharge.................................. 90 à 24 gram.

Faites cuire ; ajoutez ensuite :

Huile de lavande.......................... 8 gram.

Mêlez et faites selon l'art une pommade.

Je puis ajouter, pour les autres détails de sa préparation, que l'on devrait d'abord mélanger l'huile d'olive avec un kilogr. d'eau et chauffer ; alors, pendant que l'on y verse constamment de l'eau fraîche et que l'on agite la mixture, on ajoute graduellement de la litharge

(1) M. Erasmus Wilson indique un mode spécial de préparation pour la pommade d'oxyde de zinc ; il le décrit de la manière suivante (*loc. cit.*, pages 86, 87, 771) :

1° *Formule de Bell* (Ung. oxydi zinci benzoatum) :

♃ Graisse préparée......................... 180 gram.
Poudre de gomme benzoïque................. 4 gram.

Laissez fondre à une chaleur douce pendant vingt-quatre heures, en vase clos, ensuite passez à travers un linge et ajoutez :

Oxyde de zinc purifié..................... 30 gram.

Mêlez exactement et exprimez à travers un linge.

2° *Formule de Wilson.*

♃ Onguent d'oxyde de zinc benzoaté.......... 60 gram.
Esprit-de-vin rectifié.................... 8 gram.

Mêlez jusqu'à consistance d'onguent.

On peut ajouter à l'onguent de zinc benzoaté, au lieu d'alcool, de l'esprit de camphre, de la glycérine, de la *liquor plumbi diacetatis*, du baume du Pérou ou des préparations de goudron dans la proportion de 1 gr. 77 cent. pour 30 gram. de pommade.

fraîchement tamisée. On remue le mélange jusqu'à ce qu'il soit refroidi, et l'on y verse en dernier lieu l'huile de lavande. Lorsque le temps est froid, on aura soin d'ajouter 30 gram. d'huile d'olive pour chaque 500 gram. de pommade. J'ai donné à cette préparation le nom de *Ung. diachyli*, et je le prescris seul ou associé avec le baume du Pérou ou à l'une des autres substances dont je parlerai tout à l'heure, pouvant s'adapter au cas en traitement. On l'applique avec le doigt, ou bien on fait une friction à l'aide de petits tampons de charpie, de une à trois fois chaque jour; ou, s'il y a lieu, on étend l'onguent sur un morceau de linge ou de flanelle d'une grandeur convenable, et on le met sur la surface affectée, comme un emplâtre. Il est évident que, par cette dernière méthode, l'application de la pommade est beaucoup plus complète que ne peut être une simple onction; car, tandis que dans le dernier cas l'évaporation ou le frottement des vêtements et d'autres objets, enlève la plus grande partie de l'onguent, une compresse qui en est enduite maintient au contraire l'agent thérapeutique en contact direct et constant avec la partie affectée, et augmente ainsi beaucoup son efficacité.

Une autre série d'onguents, beaucoup plus employés autrefois dans le traitement de l'eczéma, et qu'on n'a pas encore entièrement abandonnés, renferme plus ou moins de composés caustiques, et par conséquent leur action ne dépend pas complétement de leurs parties grasses constituantes. Tels sont ceux que l'on connaît sous les noms de *Ung. Werthofii seu Ung. præcip. albi Ung. hydrarg. v. bichlor. ammoniati* et l'onguent citrin (*Ung. hydr. nitratis*), et ceux qui renferment *Hydr. iod. flavum* (protoiodure de mercure), ou *Hydr. iod. rubrum* (deuto-iodure de mercure), ou *Merc. oxydatus ruber* (deutoxyde de mercure). Ces préparations sont surtout utiles lorsque la peau a été pendant longtemps fortement infiltrée, sans qu'il y ait des excoriations par suite de la destruction de l'épiderme, c'est-à-dire sous les formes de la maladie que j'ai décrites comme *E. papulosum* et *E. squamosum*. Mais leur caractère légèrement caustique n'en permet pas l'application à l'aide de compresses; on en frictionne simplement la partie malade une ou deux fois par jour.

Vient ensuite la classe des remèdes dont on se sert en solutions aqueuses ou alcooliques; et parmi ces dernières, quelques-unes sont mieux appliquées comme *lotions*, ou à l'aide de bandes de toile, tandis que d'autres, notamment lorsqu'elles sont concentrées, seraient trop caustiques pour que l'on puisse les employer de cette manière. Au nombre des premières, je mentionnerai des solutions de sulfate de zinc

(0,25 cent. sur 30 gram.), de sublimé corrosif (0,01 cent. sur 30 gram.), de borax (2 gram. 50 cent. sur 30 gram.), et de potasse caustique (de 0,05 cent. à 0,25 cent. sur 30 gram.). Des lotions de cette force sont appliquées avec plus d'avantage lorsqu'on a déjà fait tomber par d'autres moyens les croûtes d'un eczéma impétigineux, ou quand celles-ci ne sont pas encore formées : en d'autres termes, elles sont très-utiles en agissant sur les plaques circonscrites de l'*E. rubrum,* ou contre une forme impétigineuse, quand on désire détruire les pustules et adoucir l'épiderme. Ces mêmes lotions acquièrent des propriétés caustiques quand elles sont moins diluées, dans la proportion de 0,25 cent. de sublimé corrosif pour 30 gram., ou une partie de potasse pour deux parties d'eau, — la solution la plus concentrée possible. Cette solution, que j'avais l'habitude d'employer fréquemment, et toujours avec les meilleurs résultats, est aujourd'hui seulement mon *ultimum refugium* dans les variétés les plus rebelles de l'eczéma ; car bien qu'elle guérisse tous les cas sans exception, la douleur qu'elle détermine est très-vive. La raison donc pour laquelle je ne m'en sers pas comme je le faisais autrefois est simplement parce que j'ai réussi par des essais persévérants à trouver des remèdes aussi efficaces sans être douloureux ; de plus, cette panacée a un autre inconvénient, celui de devenir aisément nuisible entre des mains inexpérimentées. Voici quel est le meilleur mode d'application de la *liquor potassæ* concentrée.

Après qu'on a détaché par des moyens appropriés les masses accumulées d'épiderme mort sous forme de squames, de croûtes, etc., de manière à mettre à nu la surface sous-jacente, rouge, infiltrée, humide, on applique la solution avec un pinceau de charpie qu'on passe rapidement et dans tous les sens sur la partie affectée ; alors on trempe la main ou un morceau de flanelle dans de l'eau, et l'on s'en sert pour étendre la lotion encore plus également sur toute la surface. On verra une écume blanche semblable à de l'eau de savon se former sur la plaque eczémateuse ; ce phénomène ne se produit que quand on frictionne ainsi avec de l'eau après l'application de la solution caustique.

Lorsqu'on a ainsi exécuté cette partie du procédé, une quantité considérable de liquide exsude en gouttes à la surface. Pour calmer la douleur et pour prévenir la formation des croûtes, on appliquera des chiffons trempés dans de l'eau froide, et on les changera fréquemment pendant le jour. Il n'est pas nécessaire de déranger le malade dans la nuit, si l'on prend soin de maintenir les compresses mouillées, et l'on y arrive facilement à l'aide de toile cirée ou de gutta-percha. Après avoir ainsi fait d'une manière constante des pansements à l'eau pen-

dant une semaine, les petits points ulcérés d'une profondeur plus ou moins grande, que l'application caustique a produits en divers endroits, auront recouvré leur épiderme, et la démangeaison, qui avait complétement cessé pendant ce temps, deviendra de nouveau insupportable. En outre, on observera bientôt que çà et là des points rouges et des vésicules reparaissent : aussi sera-t-il nécessaire d'avoir recours à une répétition du premier procédé. Lorsque le pansement à l'eau a fait complétement disparaître les traces de la seconde application caustique, il faut en pratiquer une troisième, et l'on renouvellera ce système hebdomadaire de traitement aussi souvent que les symptômes que je viens de décrire se reproduiront. Il est rarement nécessaire d'avoir recours à la solution de potasse plus de douze fois, même dans les cas les plus graves ; car si par hasard après ces applications quelques petites places montraient une disposition à récidiver, un traitement plus doux serait suffisant pour les amener à guérison.

Comme je l'ai dit ci-dessus, ce n'est que rarement et seulement dans des cas pressants, que j'ai recours aujourd'hui à ce moyen, le plus énergique et le plus efficace, mais également douloureux, et j'emploie beaucoup plus souvent le savon de potasse et l' « esprit de savon » avec lequel on le prépare (1). On peut se servir du savon de plusieurs manières : en l'appliquant en frictions sur tout le corps, et puis en enveloppant le malade dans des couvertures, ainsi que je l'ai décrit dans le chapitre du *Psoriasis*, ou en onctions partielles, ou bien encore sous forme d'emplâtre. J'ai déjà exposé complétement la première méthode (2). Quant à l'application partielle de savon, j'en étends un morceau de la grosseur d'une noix sur un chiffon de flanelle, et je frictionne la partie eczémateuse pendant plusieurs minutes, *en appuyant fortement tout le temps*, et en ayant la précaution de tremper le chiffon de temps en temps dans l'eau pour le faire mieux mousser. On applique alors de l'eau, ou, si ce n'est pas possible, on enduit la partie avec une des huiles ou des pommades ci-dessus mentionnées. Il est nécessaire de renouveler la friction avec le savon au moins deux fois par jour, tant qu'après son application réapparaîtront des points excoriés. Je dois ajouter ce que savon employé en frictions sur la peau *saine* ne laissera, après qu'on s'en est servi, aucune trace de cette nature; la partie frottée étant propre, unie et agréable à l'œil, après qu'on a enlevé le savon avec de l'eau.

Le contraste que ces surfaces offrent avec les parties eczémateuses

(1) Voyez pages 35 et 36.
(2) Voyez pages 37 et 38.

est très-frappant, les dernières présentant de nombreuses plaques excessivement rouges, ulcérées et humides.

Celles-ci sont toutes constituées par les couches épidermiques qui étaient auparavant soulevées par le liquide eczémateux, de manière à former l'enveloppe des vésicules, qui a été ramollie et finalement détruite par l'action du savon; et chacune d'elles représente ainsi la base d'une vésicule dont la partie supérieure a été enlevée. L'apparition de ces points rouges, brillants et humides après la première friction, peut faire croire à un homme inexpérimenté que la maladie s'est aggravée; mais ils deviennent moins nombreux après chaque application, jusqu'à ce que, à la fin, ils disparaissent complétement, et alors la surface primitivement eczémateuse n'est plus altérée par le savon mou, pas plus que ne l'est la peau saine environnante.

Lorsqu'on emploie ce savon sous forme d'emplâtre, il exerce une influence très-énergique et très-persistante sur les parties avec lesquelles il se trouve en contact. Dans la plupart des dermatoses, outre l'eczéma, et même dans celles qui dépendent de l'hypertrophie du tissu conjonctif, dans l'ichthyose et dans le lupus, j'ai ainsi réussi à ramollir et à détruire les tissus de nouvelle formation. Dans ces cas, j'étends le savon mou également sur un morceau de flanelle en en mettant l'épaisseur du dos d'un couteau, et je le place alors directement sur la partie affectée. Dans l'eczéma, cette application a nécessairement une action caustique, et par conséquent on ne peut la continuer sans interruption que durant peu de jours au plus; mais dans les altérations plus graves dont j'ai parlé, il est possible de persévérer pendant des semaines et même des mois avant que la destruction de la production morbide ne soit accomplie. Par conséquent, en traitant l'eczéma ou toute autre maladie, avec cet emplâtre de savon mou (« emplâtre caustique »), il faut cesser dès qu'il se forme des excoriations considérables, — et elles sont en général très-douloureuses, — et ne pas y avoir recours de nouveau jusqu'à ce que les effets de son action antérieure aient disparu, c'est-à-dire jusqu'au moment où les points ulcérés sont de nouveau recouverts de peau.

Quand l'eczéma survient sur le cuir chevelu, ou lorsqu'on désire éviter l'odeur désagréable du savon mou, j'ai l'habitude de me servir du « *Sp. saponatus alkalinus* », qu'on applique exactement de la même manière que le savon lui-même.

Il est prouvé que dans aucune maladie cutanée les préparations de *goudron* ne sont aussi avantageuses que dans l'eczéma; car elles diminuent l'irritation et arrêtent complétement la sécrétion ultérieure, ou

du moins la réduisent à son minimum. Les remarques que j'ai faites dans une première partie de cet ouvrage (1) sur l'historique de l'emploi du goudron, sur ses diverses préparations, leur mode d'emploi et les précautions nécessaires dans leur usage, trouvent toutes leur application dans l'eczéma. Il me suffit de rappeler au lecteur qu'il est nécessaire, comme dans d'autres dermatoses, de mettre le goudron en contact immédiat avec la peau affectée, et que, par conséquent, il faut d'abord débarrasser celle-ci de tous les produits morbides, tels que les squames et les croûtes, soit à l'aide des onctions huileuses déjà décrites, soit par l'action de lotions ou d'emplâtres.

L'emploi des préparations de goudron est notamment indiqué dans ces eczémas qui, par la légère infiltration et l'absence d'humidité qu'ils présentent, sont compris dans ce qu'on appelle l'*E. squamosum.*

Mais le goudron produira souvent un très-bon effet dans ceux également où un liquide est sécrété seulement sur une partie de la surface malade, et qui par conséquent correspondent à l'*E. rubrum.* Il y a, toutefois, des cas dans lesquels le résultat est exactement l'opposé de ce que l'on désire; car au lieu de voir après l'application du goudron disparaître l'humidité, la démangeaison, la rougeur et l'épaississement de la peau, la sécrétion augmente rapidement en quantité et l'irritation devient tout à fait intolérable. Il est donc prudent, lorsqu'on traite avec le goudron un *E. rubrum,* de pratiquer d'abord une friction sur un point circonscrit de la surface affectée, dans le but de tâter la susceptibilité du malade. Si la première onction est bien supportée et sans aucun symptôme de réaction, on frictionne toute la surface sans autre appréhension et sans aucun doute d'un résultat favorable. Le traitement par le goudron est spécialement indiqué dans l'*E. papulosum,* et il est très-rare que cette variété ne supporte pas son action. Lorsque ces cas exceptionnels se présentent, l'effet du goudron est d'augmenter les papules eczémateuses jusqu'à ce qu'elles deviennent des élevures, et il en résulte une si violente démangeaison qu'il est impossible de continuer le traitement.

D'un autre côté, le goudron est contre-indiqué dans tous les eczémas aigus, et lorsqu'il existe une infiltration séreuse considérable du tégument, la surface étant boursouflée et tuméfiée, de l'œdème, une rougeur intense et une élévation de température : lorsque aussi il s'est développé rapidement une énorme quantité de petites vésicules, ou quand le liquide sécrété se dessèche promptement en croûtes gom-

(1) Page 442.

meuses jaunes d'*E. impetiginosum* (*Porrigo larvalis*, ou *Melitagra flavescens*).

La manière d'appliquer le goudron ne diffère nullement en principe de celle que j'ai exposée en traitant du psoriasis (p. 447, note). Je ferai cependant observer tout d'abord qu'on peut badigeonner avec le goudron la partie affectée deux fois par jour, parce que la sécrétion eczémateuse subséquente entraîne si souvent la couche de goudron appliquée, que jusqu'à la diminution de l'humidité elle n'adhérera pas intimement à la surface. La règle sera donc de continuer l'usage du goudron quand il est bien supporté, jusqu'à ce que la dernière couche mise se maintienne et ne soit plus enlevée par le liquide eczémateux. Cette pratique, d'ailleurs, est presque indiquée par ce fait que le goudron, qui disparaît bientôt des parties affectées, s'attache facilement à la peau saine; et plus son adhérence est prononcée dans le premier cas, plus aussi c'est là un signe favorable d'amélioration. Lorsqu'enfin la partie primitivement malade est recouverte d'une couche de goudron aussi épaisse que la surface saine qui l'entoure, il ne faut plus rien faire jusqu'à ce que le processus naturel de croissance de l'épiderme ait mis à nu la surface entière par le détachement du goudron. La première partie eczémateuse semblera toujours plus rouge que le reste de la peau.

Mais lorsqu'elle paraît d'ailleurs saine et que le malade ne se gratte plus ou ne se plaint plus de démangeaison, il n'est pas nécessaire de recourir à une nouvelle application; car cette rougeur ne dépend nullement de la congestion ou de l'exsudation; elle tient simplement à ce que l'épiderme n'a pas encore atteint l'épaisseur et la dureté de celui des parties environnantes. Si, au contraire, après la chute de la couche de goudron, la rougeur apparaît plus intense et s'accompagne d'une tuméfaction légère et d'une desquamation très-considérable, ou si l'on remarque sur différents points des vésicules, des surfaces sécrétantes ou des excoriations, — ou bien si le malade éprouve de la démangeaison, — ces phénomènes ou l'un quelconque d'entre eux indiquent une rechute. Dans ces circonstances, il faut de nouveau avoir recours aux applications de goudron et les répéter jusqu'à ce que des signes de guérison se manifestent.

En discutant le traitement du psoriasis, j'indiquais les produits de la distillation du goudron décrits par Pereira, savoir la résinone, la résinéone et la résinéine. Depuis la publication de cette partie de l'édition allemande, j'ai obtenu des spécimens de ces préparations et j'ai fait des expériences sur divers malades. Je donnerai ici les résul-

tats, dans toute leur étendue, bien que le peu de temps que j'ai eu pour faire des observations ne me permette pas de porter un jugement définitif sur l'efficacité de ces agents. A tout prendre, ces produits agissent comme le goudron lui-même, mais leur action est beaucoup plus caustique et leur odeur est loin d'être plus agréable, tandis qu'elle est infiniment plus pénétrante. Aussi devra-t-on réserver leur emploi, aux cas de psoriasis, d'*E. squamosum*, d'*E. rubrum*, de *Lichen exsudativus ruber*, ou à d'autres affections accompagnées de peu de tuméfaction ou d'inflammation, et pour les malades qui ne sont que très-peu susceptibles à l'action des irritants cutanés.

D'un autre côté, l'acide carbolique (1), s'il n'est pas plus actif, constitue du moins une préparation très-convenable dans la pratique; car on le vend sous forme de cristaux transparents, solubles dans l'eau bouillante, l'alcool et la glycérine; et, de plus, quoique son odeur ne soit pas positivement agréable, elle est moins pénétrante que celle du goudron. Aussi s'en sert-on notamment dans le traitement de l'eczéma de la figure et des mains ou d'autres régions qui sont en général découvertes. On a l'habitude, à Londres, de prescrire l'acide carbolique en lotion sous la forme suivante :

♃ Acide carbolique................	2 gram.
Glycérine........................ Esprit-de-vin rectifié............	ãã 15 gram.
Eau distillée....................	180 gram.

Mêlez.

Je me suis souvent servi de cette lotion, mais je l'ai toujours trouvée trop faible, et même quand le traitement est suivi d'un bon résultat, il tarde beaucoup plus longtemps que lorsqu'on a recours à d'autres préparations de goudron. J'ai, par conséquent, employé une solution plus concentrée, en supprimant l'eau, en voici la formule :

♃ Acide carbolique................	8 gram.
Glycérine........................ Éther............................	ãã 30 gram.
Esprit-de-vin rectifié............	180 gram.

Mêlez.

Cette lotion même n'est pas caustique, et est loin d'être aussi efficace que l'*huile de cade* pure, ou l'*Oleum rusci;* néanmoins elle donne souvent de bons résultats dans l'*E. squamosum* ou l'*E. rubrum* de la face.

Le *soufre* et ses préparations, y compris les eaux sulfureuses, jouissent

(1) Autrement appelé acide phénique, $HO,C^{12}H^{5}O$, ou $HC^{6}H^{5}O$.

d'une grande faveur dans le traitement de l'eczéma. Il est difficile d'ouvrir un livre sur les maladies de la peau, il est rare de causer avec un médecin traitant un eczéma ou avec un malade qui en soit atteint, sans entendre répéter la vieille assertion que le soufre est un spécifique contre les affections cutanées en général et contre celle-ci en particulier ; en effet, lorsqu'on considère combien cette pratique est souvent suivie, on est réellement surpris que, malgré une médecine si accréditée et si ancienne, on rencontre encore un si grand nombre de vieux eczémas non guéris par des séjours réitérés aux sources sulfureuses les plus à la mode. Je regrette beaucoup de me trouver si peu d'accord avec les ouvrages classiques, les médecins et les malades ; mais je suis obligé de n'attribuer qu'une valeur très-secondaire au soufre dans le traitement des cas même les plus favorables de cette maladie, tandis que dans plusieurs il n'est d'aucune utilité, et que dans un grand nombre il est positivement nuisible. Je fonde ce jugement en partie sur mon expérience personnelle et mes observations de plusieurs années, en partie sur le témoignage de médecins impartiaux, qui, par leur position officielle ou leur résidence auprès de stations d'eaux sulfureuses, ont eu l'occasion d'observer l'effet des bains, et en partie sur l'aveu des malades, qui, malgré l'emploi longtemps continué du soufre sous toutes ses formes, ne se sont point débarrassés de leur rebelle eczéma. Ce remède est particulièrement nuisible dans toutes les formes aiguës de la maladie, dans l'*E. rubrum* ou *impetiginosum* avec sécrétion abondante et dans toutes les variétés vésiculeuses. Il ne faut pas l'employer dans les formes plus faibles de l'*E. squamosum* ou *papulosum*, dont quelques cas peuvent avoir guéri par un traitement sulfureux, mais sans aucune preuve que l'effet ait été dû au soufre. Là où il m'a paru le plus utile, c'est dans l'*E. marginatum* et dans d'autres variétés de la maladie, lorsqu'elles sont compliquées de gale et de prurigo ; et ce sont probablement les cas les plus légers de cette nature qui ont donné naissance à la réputation du soufre contre l'eczéma en général. Car la forme de la maladie qui accompagne la gale et le prurigo n'est que la conséquence des grattages du malade, grattages qui sont eux-mêmes provoqués par l'irritation de l'acare et les papules du prurigo. Or, puisque le soufre tue l'insecte de la gale et prévient la formation des papules prurigineuses, il enlève la démangeaison ; et dès que le malade cesse de se gratter, l'eczéma guérit de lui-même (1).

(1) Si l'on a abusé du soufre de toutes façons et sous toutes les formes, si, à une époque encore peu éloignée, dermatoses quelconques et préparations sulfureuses, *intus et extra*, ne marchaient pas les unes sans les autres, ce serait tomber dans un excès

Mais, même dans ces cas, l'expérience moderne nous a donné de meilleurs remèdes, et il faut s'en féliciter, car le soufre et ses préparations ont, comme tout le monde le sait, une action si irritante sur la

aussi fâcheux que le premier que de jeter l'anathème à cet agent d'une manière aussi absolue que le fait l'éminent clinicien de l'hôpital de Vienne.

Suivant le professeur Hardy, le soufre trouve son indication dans certaines formes spéciales d'eczéma. Son efficacité est supérieure à celle de l'arsenic dans la forme pityriasique de l'éruption et chez les sujets lymphatiques et scrofuleux.

D'après M. Bazin, il serait nuisible ou inutile dans la dartre, le plus ordinairement nuisible dans l'arthritis; il ne serait réellement efficace que dans les affections scrofuleuses.

Mais les protestations du professeur Hebra s'adressent surtout, à propos de l'eczéma, à l'emploi des eaux minérales sulfureuses; aussi dirons-nous ici quelques mots de cette médication : « Les maladies de la peau, dit M. Durand-Fardel (*), sont au » nombre de celles où intervient le plus souvent la médication thermale. Ceci s'explique » par la résistance fréquente des dermatoses aux médications ordinaires, par l'appro- » priation parfaite des eaux minérales aux états constitutionnels auxquels elle se relie » si souvent, enfin par l'influence directe qu'une médication thermale appropriée peut » exercer sur leur propre évolution ».

Nous proposant d'indiquer dans une note ultérieure les diverses applications qu'on a faites des eaux minérales dans l'eczéma, nous nous bornerons ici à examiner quel est le mode d'action des eaux sulfureuses.

Autrefois, l'indication des eaux sulfureuses dans l'eczéma, comme du reste dans toutes les dermatoses, était banale. Grâce aux travaux des dermatologistes et des hydrologistes modernes, il n'en est plus ainsi aujourd'hui, et la spécialisation de plus en plus scientifique et clinique du traitement balnéaire des dermatoses permettra bientôt de déterminer d'une manière en quelque sorte mathématique les indications de cette médication dans l'eczéma.

M. Bazin réserve exclusivement les eaux sulfureuses pour les scrofulides et « dans » les cas où la diathèse arthritique se trouve associée à la diathèse scrofuleuse, ou a été » précédée de scrofules, ce qui arrive encore assez fréquemment (**). »

M. Hardy recommande seulement les eaux sulfureuses dans la forme pityriasique de l'eczéma, et en en usant, comme je le dirai plus tard, avec certains ménagements, lorsque toute trace d'inflammation cutanée a disparu.

Les eaux sulfureuses représentent évidemment une médication substitutive dans l'eczéma. Ce que l'on a à en redouter dans ce cas, — et ce qui arrive assez souvent, sans qu'il soit toujours facile de le prévoir, — c'est de provoquer une recrudescence de l'état morbide. Cette influence, plus mécanique que vitale des eaux sulfureuses, produit parfois dans l'eczéma ces exacerbations qui ont suggéré aux dermatologistes expérimentés de sages restrictions à la généralisation des eaux sulfureuses dans le traitement de l'eczéma. Mais cette action topique, substitutive, s'exerce en dehors de toute cause pathogénétique de l'eczéma; et les faits cliniques rapportés par les médecins qui exercent auprès de ces stations sont venus à l'appui de cette manière de voir et se sont trouvés en opposition avec les préceptes trop absolus qui avaient été par eux dictés et s'étaient basés exclusivement sur la nature des dermatoses.

Ainsi que l'a très-judicieusement fait ressortir M. Durand-Fardel (***), c'est aux difficultés que présente l'application de la médication sulfureuse sur une surface aussi étendue que la peau, à l'impossibilité de limiter l'action médicamenteuse aux surfaces malades, surtout lorsqu'il s'agit d'un appareil organique dont la sensibilité immédiate n'est pas extrême, mais dont l'activité physiologique ou pathologique retentit à un si haut point sur d'autres appareils, lorsqu'il s'agit d'altérations aussi difficiles à modifier que de vieux eczémas, que sont dues, dit-il, les inégalités extrêmes des effets réalisés dans ces cas. Ces résultats seront tantôt salutaires, quel que soit le caractère pathogé-

(*) Durand-Fardel, *Traité pratique des maladies chroniques*, t. I, p. 283.
(**) Bazin, *loc. cit.*, p. 74.
(***) Durand-Fardel, *loc. cit.*, p. 284.

peau, qu'ils déterminent souvent de nouvelles poussées d'eczéma sur des points qui en étaient indemnes auparavant, c'est ce qui explique pourquoi l'on constate quelquefois que les bains sulfureux aggravent la maladie au lieu de la guérir. En résumé, donc, je souhaiterais de voir le soufre rayé de la liste des remèdes contre l'eczéma, sans même vouloir discuter sa réputation bien méritée dans le traitement du psoriasis, du prurigo et de la gale.

La grande variété des affections eczémateuses et la différence qu'elles présentent dans leur évolution font que quelques autres applications peuvent être accidentellement utiles; telles sont celles qui mettent simplement à l'abri du contact de l'air, comme le *collodion*, ou qui absorbent la sécrétion, comme le lycopode, l'amidon, la poudre de riz ou d'amiante, *Pulvis talci Veneti*, *Pulv. lapidis baptistæ*, de carbonate de magnésie et d'oxyde de zinc. En outre, lorsqu'un traitement par l'expectation est indiqué, mais qu'il faut formuler une prescription pour satisfaire le malade, on peut avoir recours à ces poudres avec grand avantage. Il y a encore lieu de les employer lorsque les parties eczémateuses ont été recouvertes de pommade ou de goudron, pour empêcher que le frottement des vêtements n'enlève ces topiques et pour favoriser leur adhérence à la peau.

Il me semble avoir assez complétement discuté tous les moyens en usage contre l'eczéma ; mais il peut y avoir un intérêt pratique d'ajouter quelques remarques pour indiquer la manière de choisir celui qui est plus particulièrement approprié à chaque forme de la maladie.

Pour des attaques *aiguës*, l'expérience montre que tout traitement très-actif est plutôt nuisible qu'utile. Particulièrement les bains chauds et froids, les onguents, le goudron, le savon mou, le soufre, aggravent le mal en augmentant l'inflammation de la peau, sans diminuer, du moins de longtemps, les sensations pénibles de démangeaison, de douleur ou de brûlure. Il est, au contraire, prouvé que la méthode expec-

nétique de la maladie, et tantôt neutres ou nuisibles, suivant que l'action médicamenteuse aura obéi ou non à la direction qu'on cherchait à lui imprimer.

En résumé, les eaux sulfureuses ont assurément d'utiles applications dans le traitement des diverses formes de l'eczéma ; mais on devra toujours les employer avec précaution, car dans certains cas elles peuvent donner lieu à des recrudescences phlegmasiques qui obligent à suspendre la cure thermale, recrudescences qui parfois généralisent la maladie et rendent ainsi la guérison et plus éloignée et plus difficile à atteindre.

Dans une autre note, nous parlerons des eaux chlorurées sodiques sulfureuses qui doivent sans doute à la combinaison du chlorure de sodium et du soufre, des propriétés spéciales. Du reste, nous ne donnons ici que des indications très-générales, renvoyant nos lecteurs, pour des raisons faciles à comprendre, aux mémoires spéciaux qui ont été publiés dans les *Annales de la Société d'hydrologie*. (A. D.)

tante ou « homœopathique » de traitement est celle qui s'adapte le mieux à ces cas. Traitez donc un eczéma aigu avec des topiques inertes, et engagez le malade à se contenter des *Decoct. altheæ* ou *Extr. graminis*, tandis qu'on laisse la peau tout à fait en repos ou qu'on y répand une poudre telle que la suivante :

℞ Oxyde de zinc..........................	ââ 4 gram.
Poudre d'alun de plume................	
Poudre de racine d'iris..................	
Poudre d'amidon..........................	60 gram.

Mêlez.

Dans la plupart des cas, on peut espérer de soulager la sensation de brûlure et l'irritation par l'application de compresses trempées dans de l'eau froide, ou dans *Acetum lithargyri* (liquor plumbi sub-acetatis). Mais, même ce topique parfois augmente bien plutôt qu'il n'améliore le mal (1); de sorte qu'il est sage de ne prescrire ces lotions que d'une manière conditionnelle, et d'essayer d'abord si elles sont bien supportées ou non. Dans la période de desquamation d'une attaque aiguë, des onguents tels que l'*Ung. simplex* (avec ou sans oxyde de zinc), le diachylon, ou la pommade ordinaire au blanc de plomb rendent de bons services en ramollissant l'épiderme trop rude et en s'opposant à la formation des crevasses.

Lorsque l'on a affaire à la forme *chronique* de l'eczéma, il faut varier le traitement suivant sa localisation, sa durée et son intensité, et les caractères particuliers à chaque cas. Par-dessus tout, on ne doit pas oublier, tout en sauvegardant les intérêts du malade, de donner la préférence au traitement qui entravera aussi peu que possible ses habitudes ordinaires; car il y a un grand nombre d'individus dont le pain quotidien dépend de leur travail, et qui ne peuvent par conséquent rester éloignés de leurs occupations durant des jours et des semaines. Si vous demandiez à ces sujets de consacrer tout leur temps, jour et nuit, au traitement de la maladie, il leur serait impossible de suivre une pareille thérapeutique, et chacun d'eux préférerait vaquer à ses travaux et conserver son eczéma plutôt que de le soigner étant sans ouvrage. Par conséquent, toutes les fois qu'on peut guérir l'affection

(1) Un topique qui, dans ces cas, apaise toujours la cuisson, sans jamais faire courir le risque de déterminer de l'irritation, est le *fromage blanc*, ou fromage frais de vache. On l'écrase en le pétrissant avec un peu de lait et l'on en applique une couche sur la partie eczémateuse. Il faut ne la laisser en place que trente ou quarante minutes. Laissée plus longtemps en contact avec la peau, cette substance s'aigrirait et deviendrait irritante.

Cette pratique, empruntée à la clinique du service des dartreux de l'Antiquaille (année 1845), est maintenant usuelle et n'a jamais donné que de bons résultats. Il est bien entendu qu'on ne la propose ici qu'à titre de palliatif. (A. D.)

sans interrompre les occupations du malade, il n'est pas douteux qu'on ne doive le faire.

Lorsque l'eczéma survient chez des *enfants*, leur jeune âge, et notamment chez les enfants à la mamelle, réclame la plus grande attention. Il est nécessaire d'établir ici une grande différence dans la médication, suivant que la lésion est bornée à une partie limitée de la peau ou qu'elle est beaucoup plus étendue. Lorsqu'elle embrasse le cuir chevelu et la face (Porrigo, Milchschorfe, « Vierziger », Croûte de lait, Gourme), que les enfants soient sains ou affectés de scrofule, de rachitisme, d'anémie, ou d'une autre maladie constitutionnelle, le traitement devra toujours être exclusivement local ; car l'expérience ne nous a pas encore donné de remède interne ayant la moindre utilité dans ces cas. Même beaucoup de médecins affirment que cette espèce d'eczéma guérit seule en peu de temps sans aucune espèce de traitement ; aussi croient-ils que toute intervention de l'art est inutile, sinon nuisible. Je puis, quant à cette question, renvoyer à ce que j'ai dit en discutant le pronostic de l'eczéma en général ; en ajoutant, toutefois, que je répondrais de la complète innocuité du traitement suivant :

Il faut d'abord enlever de la tête les écailles, croûtes et autres produits morbides à l'aide d'huile de foie de morue ou d'autres huiles, de la pommade de zinc ou de plomb, dont non-seulement on frictionne la peau, mais qu'on étend, si c'est possible, sur des chiffons de toile ou de laine (les derniers sont préférables) et que l'on tient ainsi constamment appliqués.

En effet, le meilleur mode de pansement, quand il est possible de l'adopter, est de maintenir, jour et nuit, sans interruption ces bandes, de manière non-seulement à se débarrasser des produits de la maladie, mais à empêcher le liquide eczémateux de se dessécher de nouveau en favorisant une sécrétion abondante. Lorsque par ce moyen l'amélioration est telle, que la surface n'apparaît plus humide, mais simplement rouge et écailleuse, on complétera la guérison en appliquant de la même manière une pommade au précipité blanc ou rouge, ou si la chose est praticable de l'*Ol. rusci* (huile de bouleau), de l'*Ol. cadini* (huile de genévrier), de l'*Ol. fagi* (huile de hêtre), ou de l'acide carbolique, comme je l'ai formulé ci-dessus, ou l'on se bornera à des lotions avec du savon de goudron. On trouvera cette dernière méthode la plus pratiquement utile si, après qu'on a eu soin de bien laver l'enfant dans un bain avec un morceau de flanelle enduit de savon, on applique immédiatement des chiffons imbibés d'une des huiles que je viens de

mentionner. On traitera de la même manière les enfants plus âgés; ou l'on pourra avoir recours avec grand avantage à la cure d'eau froide, notamment dans l'eczéma général, et cela soit dans toute son étendue, ou sous forme de pansements à l'eau, soit en bains d'eau de pluie ou de rivière. On aura aussi recours, en même temps qu'on exécutera ce traitement, à quelques-uns des onguents ou préparations de goudron énumérés ci-dessus.

Lorsque l'eczéma envahit le *cuir chevelu* et le *visage* de personnes adultes, le meilleur mode de pansement est, après avoir ramolli les croûtes, de nettoyer soigneusement la peau en la frottant avec du savon mou, et de la lotionner ensuite avec de l'eau froide, à l'aide d'une douche ou autrement, et, après avoir continué ainsi pendant plusieurs jours, de commencer immédiatement à badigeonner les parties malades avec une solution alcoolique de goudron.

Il faut se rappeler que le traitement par le goudron n'est nulle part aussi utile que dans l'eczéma du cuir chevelu; qu'on peut l'employer tout aussi facilement sur la chevelure longue et épaisse des femmes que sur une tête chauve, et qu'il n'altère jamais en rien la croissance des cheveux. Il est seulement nécessaire que toute application sur une partie recouverte de beaucoup de cheveux soit faite non pas simplement en frottant avec la main, mais que pour assurer son contact direct et parfait avec la peau on emploie une petite éponge, une brosse à cheveux, ou bien un pinceau à longues soies, à moins qu'il ne soit possible de recourir au mode encore préférable de verser le goudron directement sur la tête. Si le malade objecte la couleur ou l'odeur des préparations de goudron, ou si l'on est obligé de les rejeter pour d'autres motifs, on obtiendra le même résultat, quoique moins promptement, par l'emploi de substances huileuses (1).

Dans l'eczéma de la *face*, outre les moyens déjà indiqués, on peut avoir recours à des lotions de sulfate de zinc ou de potasse caustique, dans la proportion d'une drachme (1 gr. 77) sur une pinte (800 gram.) d'eau, ou badigeonner la surface avec du laudanum ou avec la teinture

(1) Je ferai remarquer ici que l'habitude de couper les cheveux et de raser la tête dans ces cas est complétement inutile; en effet, j'ai chaque année traité et guéri des centaines d'eczéma du cuir chevelu, chez les enfants et chez les adultes, par la méthode recommandée ci-dessus, sans avoir été une seule fois obligé de faire couper les cheveux. Il y a sans doute des circonstances dans lesquelles un eczéma du cuir chevelu prend les caractères du sycosis, et la guérison sera alors plus rapide si l'on arrache tous les poils qui traversent une pustule. Mais comme cette variété se trouve toujours limitée à quelques points circonscrits, il n'est pas absolument nécessaire, même là, d'arracher les poils, mais seulement d'épiler chaque jour tous ceux qui traversent des pustules.

de noix de galle. Lorsque le traitement continu de ces eczémas du cuir chevelu et de la face n'est pas possible, on se contentera de pratiquer des fomentations oléagineuses sur la tête et d'appliquer de l'emplâtre diachylon sur la face pendant la nuit; et le matin, après avoir convenablement nettoyé les parties avec *Sp. saponis alk.* et de l'eau, on les barbouillera avec une solution d'acide carbolique, ou avec du précipité blanc ou la pommade de zinc de Wilson.

Lorsque les *oreilles* sont le siége de l'eczéma, il faut avoir soin de les envelopper chaque nuit de compresses enduites d'une pommade appropriée, et l'on doit continuer ce même traitement pendant le jour, ou, si c'est impossible, les saupoudrer le matin avec la poudre de zinc, après avoir enlevé les linges. On traitera de la même manière l'eczéma des parties de la face recouvertes de poils; en se rappelant, toutefois, que là il se transforme facilement en sycosis, et qu'aussitôt qu'on verra survenir les tubercules et pustules caractéristiques, il sera absolument indispensable d'extraire tous les poils malades.

On dirigera, d'après les principes généraux que j'ai déjà longuement exposés, le traitement de l'eczéma du *tronc*, y compris celui du cou. Mais lorsque la maladie a son siége sur le mamelon, elle est en général très-tenace, de sorte qu'elle résiste à l'action des préparations huileuses, alcalines et de goudron, et tôt ou tard rend nécessaire l'emploi de remèdes plus caustiques, tels que des solutions de sublimé corrosif (0,25 cent. sur 30 gram.), ou de potasse (2 gram. sur 4 gram.). On peut avoir recours à ces dernières sans crainte de dommage ultérieur; les conduits excréteurs restent ouverts, et la mamelle est aussi propre à ses fonctions qu'avant. — D'un autre côté, l'*E. marginatum* de la surface interne des cuisses ou de toute autre partie est généralement très-justiciable, non-seulement des applications les plus puissantes, mais aussi du soufre, qu'on l'emploie sous forme de bains, ou de sulfure de chaux (1) de Vleminckx, ou d'une solution de foie ordinaire de soufre (KS ou NaS). — Dans le traitement de l'eczéma du périnée, de l'anus ou du scrotum, on se trouvera bien de l'une quelconque de ces pommades ou de quelque préparation de goudron, en prenant la précaution de ne pas laisser en contact deux surfaces opposées quand elles sont recouvertes de goudron ; dans ce but, on les saupoudrera d'une poudre sèche, ou l'on interposera entre elles des plumasseaux de charpie (2).

(1) Voyez la description de cette préparation dans le chapitre du *Psoriasis*.

(2) La simple interposition, à demeure, d'un linge entre la cuisse et les bourses suffit le plus souvent à guérir l'eczéma de cette région; d'ailleurs l'isolement des surfaces adjacentes est ici un précepte de rigueur, dont l'exécution est indispensable au succès de quelque mode de traitement que ce soit. (A. D.)

La variété très-commune de la maladie qui affecte les *extrémités inférieures*, et occasionne souvent un épaississement si prononcé de la peau, cédera en général à l'emploi de l'onguent diachylon, suivi de celui du goudron, mais elle exige souvent l'application de la potasse caustique ou du savon mou, et ultérieurement de pansements à l'eau. Nécessairement on ne met en pratique le dernier traitement que si le malade peut conserver la position horizontale, tandis que le premier mode est préféré quand le patient est obligé de vaquer à ses occupations quotidiennes. Ces cas prouvent complétement la valeur pratique de l'emplâtre diachylon; car si on l'étend sur une bande étroite de toile, et qu'on le place sur les parties affectées en le recouvrant d'une bande roulée de flanelle, le malade peut rester debout et vaquer toute la journée à ses affaires sans éprouver de douleur, ni de démangeaison ni aucune autre incommodité.

Cette médication n'est pas moins efficace dans l'eczéma du *pli des articulations*. Que ce soit la région axillaire, le pli du coude, l'aine ou le creux du jarret qui soient le siége de la maladie, le membre reprendra sa mobilité aussitôt après que l'on a appliqué l'emplâtre diachylon, même si auparavant il était condamné à ne pouvoir être ni plié ni étendu sans occasionner de vives douleurs. Si l'on continue ce traitement jusqu'à disparition de toutes les squames, croûtes, pustules, vésicules et plaques humides, et si, lorsque la peau n'est plus que légèrement rouge et furfuracée, on fait une onction de goudron, ces cas guériront souvent entièrement sans que le malade soit le moins du monde obligé d'interrompre ses occupations.

Mais l'exemple le plus frappant de la valeur de cette médication s'observe dans l'eczéma des *doigts et* des *orteils*. Ici, par suite de la fragilité de l'épiderme et du mouvement constant des parties, il se forme des fissures profondes qui s'opposent complétement à l'emploi de remèdes douloureux, tels que le savon mou et la solution de potasse ; mais l'emplâtre diachylon apaise les premières souffrances du malade sans lui en occasionner de nouvelles, et rétablit promptement l'usage des articulations. Nécessairement, dans ces cas, il faut avoir soin d'envelopper séparément chaque doigt ou chaque orteil dans des linges enduits avec soin, et puis mettre par-dessus le tout un gant ou un bas suffisamment larges. On aura la précaution de renouveler l'onguent environ toutes les douze heures, et l'on enlèvera alors l'épiderme ramolli à l'aide d'une friction rude, lors même que la peau apparaît rouge ou humide après cette opération. Cette précaution est tout à fait nécessaire pour empêcher la démangeaison qui autrement s'ensuivrait, aussi bien que

pour se débarrasser de l'épiderme déjà ramolli et mort, et pour mettre ainsi le remède en contact plus intime avec la surface affectée. Je n'ai pas la prétention d'affirmer qu'un traitement avec le savon mou, des lotions alcalines, 1 gr. 77 de potasse caustique sur 500 gram. d'eau, des bains de sublimé corrosif (0,60 cent. sur 500 gram.) ou des préparations contenant du goudron, quand ces remèdes sont indiqués, ne puisse pas être employé heureusement dans ces cas; mais le succès de l'onguent diachylon est démontré, et son emploi sera toujours moins douloureux et par conséquent de toute manière préférable.

Je dirai en terminant que, quelle que soit la marche que l'on adopte dans le traitement de l'eczéma chronique, la constance et la persévérance sont de la plus haute importance. Celui qui change toujours son système de médication est sûr de ne point atteindre son but aussi promptement que celui qui applique avec assurance et avec patience le remède quelconque qui paraît le mieux approprié à chaque cas (1).

(1) La théorie qu'Hebra professe sur l'étiologie de l'eczéma devait naturellement le conduire à une thérapeutique toute locale. On vient de voir avec quelle rigueur il traduit cette conclusion. Les pages précédentes offrent assurément le répertoire le plus complet des ressources que peut offrir la médication topique, et les praticiens ne peuvent qu'être très-reconnaissants envers notre habile confrère du soin qu'il a mis à les initier aux mille détails d'une science qu'il possède et qu'il applique en maître.

Tout le monde approuvera sans doute la proscription lancée par Hebra contre les émissions sanguines, les purgatifs et les vésicatoires, jadis vantés comme remèdes souverains de l'eczéma. Toujours inutiles, parfois en même temps nuisibles, ces agents sont, d'ailleurs, jugés de la même manière dans tous les traités de dermatologie; ils n'occupent donc maintenant, en thérapeutique, qu'une place tout à fait exceptionnelle, répondant à des indications on ue peut plus restreintes. Mais faut-il envelopper dans le même discrédit toute espèce de médication interne? L'usage de boissons délayantes, le repos, le calme moral, l'abstinence d'alcooliques, le changement de climat, de profession, la régularisation, quand il y a lieu, des fonctions digestives, une meilleure réglementation des heures de sommeil, quelques modifications dans les soins de toilette, etc., ne peuvent-ils pas concourir à la guérisou de l'eczéma? Et n'eût-il, par conséquent, pas été opportun de rappeler le précepte et d'en développer les règles d'application?

D'autre part, l'action des eaux minérales, de certaines eaux minérales, est un fait indéniable, et un fait qu'on ne saurait, ainsi qu'Hebra le propose, expliquer rationnellement par le simple effet local qu'une eau *quelconque* produit *en ramollissant les produits de la sécrétion eczémateuse!* L'opinion publique, en se prononçant à cet égard entre les diverses sources, relativement au pouvoir spécial de chacune d'elles contre tel ou tel genre de dermatoses, donne à cette explication le démenti le plus péremptoire. Si, par exemple, certains thermes continuent depuis un temps indéfini à être fréquentés par les eczémateux de préférence à d'autres stations, ce ne peut être que parce que ces malades y trouvent plus de soulagement. Partout ailleurs ils s'*humectent* fort méthodiquement, plus agréablement sans doute, et par suite plus complétement, mais là seulement ils guérissent, voilà pourquoi ils continuent à y affluer.

Tous les dermatologistes sont, du reste, unanimes sur ce point, savoir : que les eaux minérales, qu'on applique avec discernement en tenant compte des variétés de l'affection et des conditions générales du malade, constituent l'un des modes de traitement le plus efficaces contre les diverses formes de l'eczéma. Une courte mention de leurs opinions textuelles va nous montrer leur parfaite concordance sur ce point, concor-

CHAPITRE XX

GALE

(*Scabies.* — *Krätze.*)

Historique de la gale (1). — Il est très-probable que parmi la plupart des Israélites que l'on dit avoir été affligés de la lèpre (et Manetho parle de 90 000 lépreux comme existant simultanément chez les Israélites en Égypte), un petit nombre seulement fut atteint de l'« Ele-

(1) « Handbuch der Bücherkunde für die ältere Medicin », von Dr. Choulant, Leipsig, 1841. Knebel, « Litterargeschichte der Arzneikunde », Breslau, 1799. « Vollständige Uebersicht der Geschichte der Medicin », von L. Augustin, 1825.

dance d'autant plus probante qu'on ne saurait la taxer d'intéressée : « Dans l'eczéma impétigineux, toutes les eaux sulfureuses, dit M. Devergie, en procurent en général la guérison, quand la maladie a une forme chronique ».

Dans l'eczéma arthritique circonscrit, lorsque l'affection est rebelle et tenace, qu'elle récidive facilement, M. Bazin envoie les malades passer une ou deux saisons aux eaux minérales alcalines.

Contre l'eczéma herpétique, le même auteur recommande les sources minérales arsenicales. « Une ou deux saisons, dit-il, passées à ces stations, complètent le traitement et éloignent les récidives. » Il donne les eaux arsenicales et bicarbonatées sodiques aux sujets qui présentent quelques symptômes d'arthritis en même temps que l'eczéma herpétique; les eaux arsenicales et en même temps sulfureuses et chlorurées conviennent surtout aux sujets scrofuleux. Enfin, les eaux arsenicales et ferrugineuses s'appliquent aux individus anémiques et débilités.

« L'emploi de ce moyen précieux, dit le professeur Hardy en parlant des eaux miné-» rales, exige de la part du médecin une grande habitude et une grande sagacité : la » forme de la maladie, son degré d'ancienneté, le tempérament du sujet, les causes de » l'éruption, sont autant de circonstances qu'on devra interroger avec soin et dont on » devra tenir un compte scrupuleux, si l'on veut éviter des mécomptes regrettables » et des déviations thérapeutiques souvent funestes aux malades. » (Hardy, *Leçons sur les maladies dartreuses*, etc., 3e édit., p. 140.)

Après avoir rappelé que l'emploi des eaux minérales est toujours contre-indiqué dans la première et même au début de la seconde période de l'eczéma, à moins qu'on n'ait recours à des eaux purgatives ou laxatives qu'on administre en boissons, l'auteur que nous venons de citer déclare que la médication hydro-minérale peut à ce moment trouver son indication pour hâter et consolider la guérison, et encore, ajoute-t-il, doit-elle être employée, surtout au début, avec une extrême discrétion et beaucoup de ménagement.

Nous applaudissons aux sages conseils édictés par notre savant maître le professeur Hardy. Aujourd'hui, depuis les progrès réalisés par l'étude clinique des eaux minérales, il n'est pas de médecin hydrologiste qui conseille l'usage irréfléchi et indistinct de toutes les sources dans le traitement des dermatoses. Les discussions aussi approfondies que brillantes qui, ces deux dernières années, ont eu la Société d'hydrologie de Paris pour théâtre témoignent hautement du discernement judicieux qui commence à élucider le chaos jadis si obscur de la thérapeutique dermatologique. Nous y renvoyons nos lecteurs : ils trouveront dans les mémoires publiés tous les renseignements nécessaires pour les guider dans le choix d'une source toutes les fois qu'ils se verront en face d'une éruption eczémateuse justiciable des eaux minérales.

Dans l'impossibilité d'entreprendre ici l'étude du traitement de l'eczéma par les eaux

phantiasis Græcorum », et que la majorité fut affectée de quelque autre forme contagieuse de maladie chronique de la peau. Car, bien que le mot grec λέπρα et le mot allemand aussatz (lèpre) soient employés

minérales, nous nous bornerons à noter que si cette médication n'a pas paru au professeur Hebra donner des résultats positifs, cela tient sans doute à ce que les observations sur lesquelles il s'appuie ont été recueillies à une époque où l'hydrologie n'était pas entrée dans la voie scientifique où elle se renferme et progresse aujourd'hui et où l'on prescrivait encore toutes les eaux indifféremment pour chaque cas.

Dans cette étude, d'ailleurs, suivant que l'on admet telle ou telle doctrine, on est logiquement conduit à spécialiser les eaux d'après les suggestions théoriques auxquelles on a donné la préférence. Or, nous comprenons très-bien qu'en partant des idées étiologiques émises par le professeur de Vienne on soit nécessairement amené à ne reconnaître aux eaux minérales qu'une action locale et partant peu importante. Il est évident que si l'on compare l'influence *macérative* d'un bain, si minéralisé qu'il puisse être, à l'effet topique d'une des méthodes *caustiques* dont Hebra expose clairement les agents, les procédés et les effets, le résultat immédiat sera tout à fait à l'avantage de cette dernière méthode. Mais là n'est pas la question; il s'agit de savoir si l'emploi d'eaux minérales appropriées méthodiquement, et continuées ou suspendues, puis reprises, ne produira pas des effets plus certains et plus durables, ne mettra pas le malade plus complétement, c'est-à-dire pendant plus longtemps, à l'abri des récidives que les frictions avec le savon mou ou la solution de sulfure de calcium?

L'élucidation de cette question est d'une importance capitale, et nous regrettons vivement que le professeur Hebra ait été aussi sobre, ne soit pas entré dans plus de détails sur ce point. Car la thérapeutique, dans cette circonstance, en même temps qu'elle est le reflet des théories, en est aussi le meilleur criterium. Or, l'observation clinique hydro-minérale vient ici directement à l'encontre des idées étiologiques émises par le savant médecin de Vienne, si, comme le fait a été démontré par tous les hydrologistes, et comme nous l'avons vu et démontré nous-même à propos des eaux d'Uriage, la cure par les eaux minérales représente le traitement le plus efficace de l'eczéma dans des conditions déterminées et spécifiées ailleurs de période du mal et d'appropriation des eaux.

Les eaux minérales, du reste, réalisent parfaitement les desiderata multiples que présentent ces maladies, en agissant tout à la fois et sur l'état local et sur l'état général. Nous ne voulons nullement dire par là qu'elles modifient la maladie constitutionnelle, autrement dite la *diathèse*, mais simplement qu'elles agissent sur les manifestations dont plus que toute autre médication elles éloignent les retours. Et, de plus, elles ont une influence salutaire et indéniable sur le *tempérament*, élément qui souvent imprime à l'eczéma un cachet tellement spécial qu'un traitement général peut seul le combattre avec efficacité, que les meilleurs topiques restent impuissants contre l'état morbide qui en est le résultat. Enfin, pourquoi demanderait-on ici aux eaux minérales plus qu'au mercure et à l'iode, qui, — les meilleurs esprits et les plus hautes autorités le reconnaissent aujourd'hui, — eux non plus ne sauraient atteindre la diathèse spécifique et se bornent à faire disparaître les manifestations qu'elle a provoquées, des réapparitions ultérieures de symptômes restant néanmoins possibles et même probables pendant un certain temps?

L'impression causée par ces guérisons, si communes à certaines eaux, nous fait regretter qu'Hebra n'ait pas consacré quelques lignes à préciser ce qu'il attend, ce qu'il espère de l'emploi des moyens locaux tels qu'il les conseille. « Ces moyens guérissent », dit-il. On n'en doute pas. Mais par guérison qu'entend le savant médecin de l'hôpital de Vienne? Est-ce la fin plus rapide, plus complète de la poussée actuelle?..... Sur ce point, nous sommes d'accord avec lui, et n'avons qu'à le féliciter des bons résultats de sa pratique. Serait-ce, au contraire, qu'il présume par là empêcher ou du moins éloigner le retour ultérieur des poussées?..... Oh! alors, en thérapeutique comme en logique, nous n'admettrions un effet aussi invraisemblable de causes aussi insignifiantes qu'autant que l'auteur aurait au moins pris la peine d'affirmer formellement la réalité de ces résultats, sinon de les démontrer en se basant sur des faits et des chiffres.

D'ailleurs, considérés en eux-mêmes, les procédés qu'Hebra préconise sont plus

comme équivalent du terme hébreu zaraath (הרעת), il est difficile de croire qu'une telle dénomination appartienne réellement à cette terrible maladie, qui existe encore, et que l'on considère en général aujourd'hui (ainsi qu'autrefois) comme incurable, infectant l'organisme tout entier, et héréditaire, quoique non contagieuse. Si cette opinion était exacte, on ne rencontrerait, à coup sûr, actuellement aucun Israélite qui fût indemne de cette affection, puisque (ainsi que tout le monde le sait), les Juifs, au lieu de se mêler aux autres nations, se sont toujours mariés entre eux, et forment ainsi le seul peuple qui, à travers une période de milliers d'années, ait conservé une parfaite pureté de race.

Évidemment donc, le mot *zaraath* doit avoir compris la plupart, sinon la totalité des affections cutanées chroniques, contagieuses ou héréditaires, qui défigurent ceux qui en sont atteints. Maintenant toutes ces maladies sont classées dans les chapitres de la *Gale* et de la *Syphilis*, et par conséquent ce n'est pas une hypothèse très-téméraire de supposer que ce qu'on appelait en hébreu zaraath était, dans bon nombre de cas (sinon dans tous), l'une ou l'autre de ces affections. On peut aussi tirer des arguments en faveur de cette manière de voir des règles

actifs, plus efficaces que ceux dont, en France, nous avons l'habitude; mais n'oublions pas que, par une compensation naturelle, ils sont plus incommodes, ou, si l'on aime mieux, plus assujettissants à appliquer.

Trois lotions suivies de douche, par jour; le revêtement permanent des plaques eczémateuses, souvent disséminées sur tout le corps, d'une huile plus ou moins fétide maintenue en place par de la flanelle ne seront certes pas acceptées volontiers, je dirai même ne seront pas acceptables par tous les malades.

D'autre part, malgré l'étendue des règles de détail formulées par Hebra, un complément sur un point spécial nous aurait semblé très-désirable. L'auteur indique parfaitement la nature, le mode d'application, l'effet de ses topiques *irritants*. Mais il ne précise point assez, ce semble, les cas particuliers qui sont justiciables de leur action; chose extrêmement importante cependant; car il y a dans le cours de l'eczéma un moment très-difficile à fixer, pour le choix duquel l'habitude pratique est parfois indispensable, moment avant lequel les irritants seraient préjudiciables, et après lequel, si l'on a trop temporisé, l'occasion d'en tirer tout le parti possible est perdue.

Toujours à ce même sujet, comblons nous-même une lacune, qui sans doute a échappé à Hebra ou qu'il aura jugé superflu de remplir. Lorsqu'il dit qu'il faut *tâter* la susceptibilité de l'eczéma, en appliquant d'abord des irritants à une seule de ses plaques, il énonce un précepte assurément aussi sage que judicieux; mais il eût poussé encore plus loin la prudence en spécifiant que c'est toujours par celle des plaques *qui est actuellement la moins irritée*, qu'il faut commencer l'application topique.

Enfin, l'irritation artificielle déterminée par l'emploi des agents de cet ordre peut avoir diverses issues; elle peut aboutir à une exacerbation de l'eczéma, qui constitue un retour artificiel de l'état aigu; elle peut, au contraire, en s'éteignant, emporter immédiatement en quelques jours avec elle, en la faisant disparaître, la dermatose contre laquelle on l'avait employée. Quelques conseils émanés de la haute autorité du médecin de Vienne n'auraient-ils pas été utiles pour diriger le praticien dans ces tentatives qui, si aisément, peuvent tourner soit à mal, soit à bien, selon les conditions dans lesquelles on s'y livre, selon les auxiliaires qu'on leur donne, enfin selon la manière soit empirique soit médicale dont on les institue? (A. D.)

pour la propreté personnelle, établies par Moïse, de l'histoire bien connue d'Élischa et de son serviteur Gu' éhazi (1), et de certains passages de la Bible dans lesquels il est dit que la lèpre affecte les vêtements et même les habitations.

Dans les versets auxquels je renvoie, il est donné des instructions pour que les vêtements qui ont été portés par des lépreux soient lavés avant qu'on s'en serve de nouveau, et pour que l'on approprie les maisons habitées par des gens atteints de cette maladie, avant qu'elles soient occupées par d'autres. Or, dans tous ces passages, il est plus naturel de comprendre le mot zaraath avec le sens que je lui ai attribué, que de supposer qu'il se rapporte à l'*Elephantiasis Græcorum.*

Bourguignon (2) cite encore, comme preuve que la gale existait chez le peuple élu, une partie du sixième verset du treizième chapitre du Lévitique, qu'il lit comme il suit : « *Et die septimo contemplabitur : si obscurior fuerit lepra* (?) *et non creverit in cute, mundabit*

(1) Dans le cinquième chapitre du second Livre des Rois, il est dit que Naemane, général de l'armée du roi de Syrie, se rendit auprès d'Elischa, dans le but de se faire soigner du « zaraath ». Sur le conseil du prophète, il se baigna dans le Jourdain sept fois et fut guéri. Elischa refusa le présent que lui offrit Naemane, et ce dernier s'en alla; mais Gu' éhazi, le serviteur du prophète, suivit Naemane et lui demanda des présents sous un faux prétexte, et Naemane lui donna « deux kikar » d'argent qu'il enveloppa dans deux sacs avec deux vêtements de rechange, et il les remit à ses deux serviteurs qui les portèrent devant lui.

Etant arrivé à la colline, il (Gu' éhazi) les prit de leurs mains.... » (vers. 23, 24). Et le prophète, le recevant avec des reproches, dit : « ..... La lèpre (aussatz) de Naemane s'attachera à toi et à ta postérité, à jamais. Il sortit de devant lui lépreux comme la neige » (verset 27).

Si, comme je suis disposé à le croire, cette description doit être prise littéralement et dans un sens médical, la lèpre de Naemane, qui se communique à Gu' éhazi, doit avoir été, non l'éléphantiasis, — car cette affection n'est pas contagieuse, — mais la gale, qui est transmissible par le contact et par l'usage des vêtements de ceux qui en sont affectés (*).

En outre, il n'est pas facile de comprendre comment l'Éléphantiasis Græcorum pourrait avoir été guéri en se lavant dans le Jourdain, tandis qu'il est parfaitement explicable que la gale soit guérie de cette manière : car cette eau renferme du soufre (« Zur Bibel »), naturhistorisch, medicinisch, anthropologische Fragmente von Friedreich, Nürnberg, 1848, Theil, p. 229). Dans l'explication de ce fait, et de la circonstance que les bains dans le Jourdain étaient employés pour le traitement des maladies de la peau, il faut également mentionner que l'eau de cette rivière dépose une substance noire contenant des principes résineux. Il est probable que ces substances proviennent des communications souterraines existant entre le Jourdain et la mer Morte. Car dans le lac il y a une grande quantité d'asphalte, et cette dernière substance renferme du soufre, remède connu contre les maladies de la peau.

(2) « Traité entomologique et pathologique de la gale de l'homme », 1852, p. 2.

(*) En cherchant à comprendre cette appréciation, n'oublions pas que plusieurs espèces morbides anciennes ont disparu, et que l'interprétation du professeur Hebra, quelque ingénieuse qu'elle soit, se trouve en face d'un texte précis qui attribue à cette lèpre la blancheur de la neige, aspect sous lequel ne se présente assurément point la gale, qui ne s'étend pas non plus à la postérité du malade. (A. D.)

eum, quia scabies (?) *est; lavabitque homo vestimenta sua, et mundus erit* » (1).

(1) Il m'est impossible de savoir dans quelle traduction de l'original hébreu ces mots ont été pris. Comme je l'ai déjà dit et comme je l'expliquerai ultérieurement ci-dessous, je suis fortement d'avis que la maladie désignée sous le nom de *zaraath* n'était pas la lèpre, mais la gale, et que le même mot était aussi employé pour comprendre, sans distinction, toute espèce d'affections cutanées. Ceci, toutefois, n'infirme pas ma remarque que l'application des deux mots, lèpre et gale, dans le passage que j'ai cité ci-dessus, est parfaitement arbitraire. Le terme qui dans cet endroit est traduit par *lèpre* est, dans l'original, « Hanega » (דנֶגַע). Maintenant « Nega », en hébreu, signifie simplement maladie (*morbus*), comme cela est évident, d'après le second verset du même chapitre, où l'on trouve l'expression « nega zaraath », qui n'est évidemment rien autre que « la *maladie* zaraath ». Dans d'autres parties de la Bible, égalcment, le même mot est employé pour désigner une plaie matérielle et sensible; en réalité, c'est un terme générique voulant dire quelque chose de « désagréable »; et il n'existe aucun motif de le traduire par le mot lèpre.

En outre, l'expression qui, dans le passage cité par Bourguignon, est rendue par *scabies*, est dans l'original hébreu « misepachath » (טמְּסֵּפַּחַת). Quelle est donc la signification propre de cette dénomination? Les mots qui commencent le second verset du même chapitre sont (dans la version anglaise) : « Lorsqu'un homme aura à la peau de sa main une tumeur, une croûte (sapachath, מַפַּחַת, généralement traduit en allemand par les mots *schabigt* ou *schnppig*), ou une tache brillante, et que (cela) dégénère, dans la peau de sa chair, en une plaie de lèpre (zaraath)..... »

Or, « sapachath » (ספחת) est évidemment le même mot, comme lettres et comme son, que l'arabe sapahat ou *per metathesin* sahapbati. Mais sous ce nom, les écrivains arabes, et Avicennes après eux, décrivent des formes de maladie, équivalentes à l'*Eczema capitis* ou *Crusta lactea*, dont le caractère le plus frappant paraît être la formation de croûtes ou d'écailles, aussi longtemps que la nature réelle des processus par lesquels de semblables croûtes sont engendrées fut inconnue. Sapachath, donc, veut dire simplement une croûte ou une écaille (Schabe), comme c'est en effet évident, d'après le sixième verset du même chapitre, et d'autres passages encore; et ce n'est que dans ce sens que le mot hébreu en question peut être exactement traduit « scabies », mot lui-même dérivé du latin « scabere », gratter (schaben), et par conséquent étymologiquement équivalent à « Schabe » ou Krätze; mais dans une telle acception de ce terme le « *scabies* » de la médecine n'est pas compris.

Je saisirai également cette occasion d'examiner le sens du mot zaraath avec le plus grand soin, à l'appui de mon affirmation que la maladie en question ne peut être la vraie *lèpre*. Dans tout le treizième chapitre du Lévitique, quand il est parlé des affections cutanées, le mot zaraath est employé toutes les fois qu'il est fait allusion à une forme plus grave de maladie. Mais il n'est pas facile de voir comment celle-ci pourrait avoir été l'éléphantiasis, car aussitôt la troisième semaine, lorsque le grand-prêtre regarde l'homme, il prononce qu'il est pur, ou, en d'autres termes, que le zaraath est guéri. Il est toutefois incontestable (voy. v. 10 et 11) que la même désignation était appliquée aux ulcères (probablement ceux qui étaient d'origine syphilitique), et également (v. 13) aux cicatrices formées par la guérison des ulcères. Les versets 24 et 29, qui renferment des instructions concernant les brûlures (Feuerverbrennungen), montrent de la façon la plus concluante combien était ambigu et peu distinct l'emploi de ce terme. Lorsque les ulcères, dans ces cas, sont exposés à l'air, et aussi longtemps qu'ils apparaissent recouverts de croûtes, c'est zaraath, et le malade est déclaré impur; mais quand les ulcères ne se sont pas étendus davantage, « le grand-prêtre le déclarera pur ». C'est une cicatrice de la brûlure (« eine Narbe des Brandmaals »).

La version anglaise, pourtant, dit « une inflammation de la brûlure ». (*Note de l'édition anglaise.*)

Cette courte digression, que j'ai jugée utile au progrès de la vérité, prouve certainement que la traduction de zaraath par lèpre ou *elephantiasis Græcorum* est tout à fait inexacte. Il aurait été beaucoup mieux si le terme en question (aussi bien que

Comme personne ne l'ignore, les auteurs grecs les plus anciens comprenaient toutes les maladies de la peau sous les noms de ψώρα, λέπρα, et λειχήν, mais sans donner aucune définition précise de ces différents termes. En règle générale, pourtant, ils rangeaient sous le nom de ψώρα les affections humides, pustuleuses, ulcératives ou accompagnées de la formation de croûtes (grindige), tandis que les affections squameuses et tuberculeuses étaient respectivement appelées λέπρα et λειχήν. Hippocrate dit avoir remarqué, à propos de ces maladies, qu'il les considérait comme des souillures bien plus que comme des maladies (*sunt autem talia turpido magis, quam morbi*). Ni dans Paul d'Égine, ni dans Oribaze, on ne trouve aucun passage qui puisse indiquer que l'un ou l'autre de ces auteurs possédât quelque connaissance précise de la gale. Les seuls écrivains qu'avec quelque raison on puisse supposer avoir connu la maladie dont il s'agit ici sont Aristote, Galien, Actuarius et quelques autres qui parlent de *contagioité* comme d'une propriété de la ψώρα.

Dans un ouvrage d'Aristote (1), on trouve le terme ἄκαρι employé pour désigner un animal. Dans un autre passage du même livre (2), il est fait mention de φθεῖρες, et il est établi que : le pou en question habite dans de petites vésicules qui ne contiennent pas de pus (ἴονθοι μικροὶ οὐκ ἔχοντες πύον). Or, les animaux que l'*on* appelle poux n'habitent pas dans des vésicules, ne pénètrent même pas la peau; ce sont simplement des épizoa que l'on rencontre dans les cheveux ou sur les vêtements. Il est du moins possible qu'Aristote ait voulu, par le mot φθεῖρες, indiquer non ces animaux, mais les acares de la gale, qui résident au-dessous de l'épiderme, et donnent également naissance à de petites vésicules, auprès desquelles on les trouve (3).

Dans les ouvrages des auteurs latins, Horace, Cicéron, Ausonius et Juvénal, il y a des passages dans lesquels le mot *scabies* est employé métaphoriquement ou ironiquement, soit étant appliqué aux actions malséantes ou inconvenantes (*Scribendi versus scabies, scabies lucri*), soit pris dans le même sens que le mot allemand « Kitzel » (Dichter-Kitzel,

Schechin, Bachereth, et beaucoup de noms pour maladies) eût été incorporé dans les traductions du texte, laissant aux médecins le soin de donner à ces noms leurs significations appropriées. Car je répète qu'au lieu du mot zaraath étant supposé signifier simplement *elephantiasis Græcorum* ou « lèpre », il eût été plus correct de comprendre sous ce nom quelquefois scabies (II, *Rois*, chap. v), parfois des ulcères d'origine syphilitique et non syphilitique, d'autres fois des affections eczémateuses et quelques autres (*Lévitique*, chap. XIII).

(1) « Historia Animalium » (Ed. Schneideri), Lipsiæ, 1811, lib. V, cap. 26.

(2) *Op. cit.*, Lugduniæ, 1590, lib. V, cap. 31.

(3) « Die Krätzmilben der Menschen und Thiere », von Fürstenberg, Leipzig, 1861, p. 2.

Herrschafts-Kitzel, etc.). Celse (1) donne la description d'une affection qu'il appelle « scabies », mais elle ne correspond pas à la maladie que l'on connaît sous ce nom. Le passage est conçu comme il suit : *Scabies vero durities rubicundior, ex quâ pustulæ oriuntur quædam humidiores, quædam sicciores.* Le même auteur parle d'une « scabies » affectant les brebis, et recommande une mixture de soufre et de goudron pour la guérison de cette maladie, ainsi que de celle qui survient chez l'homme (*ac si nihil aliud est, amaria ad tertiam partem decocta, vel sulphur pici liquidæ mixtum, sicut pecoribus proposui, hominibus quoque scabie laborantibus opitulantur*).

Les médecins de l'école arabe (Rhases, Haly-Abbas, Avicennes, et Ebn-Zohr) mentionnent la gale dans des termes beaucoup plus clairs. En réalité, ce qu'ils décrivent est une maladie contagieuse, accompagnée de démangeaison, et essentiellement caractérisée par la présence d'une éruption, aux éléments individuels de laquelle ils donnent le nom de « Botor » et qui distinguent la gale du prurigo, signe qui fait défaut dans la dernière affection mentionnée.

Ebn-Zohr (Avenzoar, Ben-Sohr), aussi, parle d'un animal comme infestant l'homme. « Là est formé », dit-il, « dans leur corps, à l'extérieur, quelque chose que le peuple appelle « Soab », et qui existe dans la peau. Si la peau est enlevée, il sort de différents points un très-petit animal que l'on ne peut voir que difficilement », etc. Il serait pourtant très-difficile de discerner si par le mot Soab il veut dire poux, ou lentes, ou insectes qui ressemblent aux poux, mais résident dans l'intérieur de la peau. Car dans d'autres ouvrages arabes de la même période, le mot « Soab » est incontestablement appliqué à des animaux habitant entre les cheveux et transportables en se peignant, ainsi qu'à d'autres que l'on trouve dans les vêtements et parmi les plumes des oiseaux, et il est évident que ces derniers doivent être des poux et non des insectes de la gale. Le passage suivant est cité par ceux qui regardent Ben-Sohr comme celui qui a découvert l'acarus scabiei : « *Syrones, inquit Abenzoar, Asoabat et Asoab dicti sunt pedicelli, subter manuum, crurum et pedum cutem serpentes, et pustulas ibidem excitantes aqua plenas ; tam parva animalcula ut vix visu perspicaci discerni valeant* ». Dans cette phrase, on a prétendu que par ses *pedicelli* Ebn-Zohr n'avait pas voulu dire des poux, et doit avoir parlé des animalcules de la gale. Mais, en vérité, le premier de ces animaux, aussi bien que le dernier, peut être la cause des vésicules (*pustulæ aqua plenæ*), par suite de l'irritation de la peau à laquelle ils donnent lieu ; et ceux qui connaissent

(1) *Op. cit.*, lib. V, cap. 28.

ce fait verront difficilement, je pense, dans le passage précité une preuve suffisante que Ebn-Zohr connaissait l'acarus scabiei. Tout ce que cela prouve en réalité, c'est qu'il était un observateur bien supérieur à la plupart des auteurs qui l'ont suivi, notamment à ceux qui ont inventé le mot Phthiriase et en ont préconisé l'usage.

Le premier renseignement incontestable sur l'acarus scabiei est dans un ouvrage intitulé « Physika », écrit dans le XIIe siècle, par sainte Hildegarde, l'abbesse du couvent de Ruperts-Berg, près Bingen. Dans le premier livre « *De Plantis* », il y a deux passages distincts dans lesquels il est fait mention de remèdes contre l'insecte de la gale. On trouve un de ces passages dans le cinquante-sixième chapitre, intitulé « *De myntza majori* ». Ce passage est ainsi conçu : « *Alia myntza est quæ magna est, calida magis est quam frigida. Ista contundatur, et ubi* SUREN *aut* SNEVELZEN *hominem comedendo lædunt, illud circa desuper ponatur et panno ligetur; et morientur, quum frigus ejusdem majoris menthæ aliquantulum amarum est, et ideo præfatos vermiculos mortificat, qui in carne hominis nascuntur* ». L'autre, dans le cent dixième chapitre, « *De bilsa* », dit : « *Bilsa frigida est, et mollis absque viribus; et si quis eam, aut oleum ex granis ejus factum, comederet, mortiferum venenum in illo faceret. Sed ubi suren in homine sunt, ita quod carnem ejus exsiccant, eodem loco eam cum succo tere, et suren morientur* ».

Il est évident, d'après ces deux passages, que les insectes de la gale étaient, à ce moment, appelés *suren*, ou *suern*. En effet, jusqu'à la fin du siècle dernier on les connaissait dans le peuple sous ce nom.

A la fin du XIVe siècle, Guy de Chauliac écrivait dans sa « Chirurgia magna » : « *Syrones sunt animalia parva, facientia vias sinuosas corrodendo inter carnem et cutem, potius in manibus otiosorum* ». Il résulterait de cette phrase que le chirurgien français non-seulement connaissait l'acarus lui-même, mais savait aussi dans quelle partie du corps le chercher. Il ne rapportait pourtant pas sa présence à la gale, bien qu'il fût instruit que la maladie en question est contagieuse, car on lit dans un autre endroit : « *Est etiam scabies de ægritudinibus contagiosis* ».

Dans un ouvrage de botanique (Herbarium) de Wilhelm Gralap, qui parut en 1456, on trouve un passage qui peut être rendu de la manière suivante : « Jusquiamus ou Caniculata » (jusquiame est appelé Bilsenkraut). Et permettez à celui qui a süren dans son corps, de frotter les parties où celles-ci existent avec le suc de cette herbe, ainsi les süren disparaîtront..... En outre, l'autre « myntz »..... est appelé le grand « myntz »; et laissez celui qui est affecté de süren, qui rongent et pro-

duisent de la démangeaison, prendre l'herbe, l'écraser et l'étendre sur le süren, et attacher un linge par-dessus; de cette manière, ils mourront ».

Dans un ouvrage publié à Venise, en 1533, par Alexandre Benedictus, qui était professeur à Padoue, il y a un passage prouvant qu'il connaissait aussi l'Acarus scabiei. Nous le citons textuellement: « *In manibus quidam exilis pedicellus lente minor sub cute serpit, non admodum frequens in capite sub cute pediculus infantiæ peculiare tædium* ».

Dans les œuvres de Paracelse, encore, il est fait fréquemment mention de Syrones. Mais il semble avoir appliqué le mot, non à l'acarus, mais bien plutôt à quelque modification morbide dans la peau, peut-être d'une nature pustuleuse ou ulcérative. Dans sa « Chirurgia magna », par exemple, il dit : « *Sic enim vidimus Syrones in cruribus apparuisse, quos pro Esthiomenis quidam curare enixi sunt* ».

Il n'appert point de la lecture des ouvrages de Joh. Arculanus, Joh. de Vigo, Necker, et d'autres contemporains de Paracelse, qu'ils aient connu l'acarus scabiei, ou aient eu quelque notion réelle de la gale. Car les définitions qu'ils donnent de la maladie sont insuffisantes et inexactes, et parmi les causes auxquelles ils l'attribuent, les principales sont « *sanguis adustus, bilis, atra bilis, pituitæ salsæ* ». En réalité, le mot scabies n'était pas à cette époque appliqué exclusivement aux maladies cutanées, étant quelquefois employé pour une affection des yeux, comme dans le passage suivant d'Arculanus : « *Scabies est ægritudo in superficie, cum asperitate et rubedine aut pustulis in superficie intrinseca palpebræ cum pruritu* ».

Quelques auteurs l'employaient également pour désigner des affections syphilitiques. On remarque le passage suivant, par exemple, dans un ouvrage : « De cura morbi gallici », par Joh. de Vigo : « *Omne genus insuper scabiei velut est malum mortuum et asaphati*, etc. » Enfin, on donnait le même nom aux affections du cuir chevelu, ainsi que le prouve ce mot d'un ouvrage de Riolan, dans lequel il dit : « *Tinea est scabies particularis propria capitis* ».

De ceux qui écrivaient vers la fin du XVIe siècle, il y en a quelques-uns (tels que Ambroise Paré, Aldrovandus, Rabelais, Ingrassias et Scaliger) qui montraient un savoir bien supérieur à celui de leurs contemporains. Le passage suivant, par exemple, est d'Ambroise Paré: « *Les cirons sont petits animaux toussiours cachez sous le cuir, souz lequel ils se traînent, rampent, et le rongent petit à petit, excitant une fascheuse démangeaison et gratelle. Ils sont faits d'une matière seiche, laquelle pro-*

vient du deffaut de viscosité, et divisée et séparée comme petits atomes vivants. Les cirons se doivent tirer avec espingles ou aiguilles; toutefois il vaut mieux les tuer avec onguent et décoctions faites de choses amères et salées..... Le remède prompt est le vinaigre dans lequel on aura fait bouillir du staphysaigre et sel commun..... » En outre, Ingrassias spécifie exactement quelles sont les parties du corps les plus communément infestées par l'acarus, en décrivant comment l'animal vit et quels sont les effets produits par sa présence dans la peau. Après Aristote, il est le premier auteur qui ait parlé des pustules de la gale; il les rattache aux piqûres de l'insecte de la gale, qu'il suppose cependant être une espèce de pou.

Dans son ouvrage « De subtilitate », publié à Paris, en 1557, et dédié à Hieronymus Cardamus, Julius Cæsar Scaliger parle de l'acarus scabiei, et montre une connaissance si complète de l'animal qu'il est impossible de ne pas être surpris qu'on ait oublié sa réelle existence. Dans différents endroits, les insectes de la gale furent à ce moment appelés pedicelli, sciri et brigantes. Parmi les passages qui se rapportent à l'acarus, il en est un dans lequel Scaliger dit de lui : « *Ita sub cute habitat, ut actis cuniculis urat; extractus acu, super ungue positus ita demum sese movet, si solis calore adjuvatur, altero ungue pressus haud sine sono crepat, aquœumque virus reddit* ».

Les œuvres de Fallope, publiées en 1584, à Francfort, contiennent dans le chapitre « De ulceribus », la phrase suivante, qui apprend qu'il connaissait l'acarus scabiei : « *Aliquando oriuntur quœdam animalia in substantia cutis, minima atque vix visibilia, quœ illam exedunt, atque vesicas excitant : scirones vocantur a barbaris, pediculos nos vocamus* ». De plus, en 1592, son contemporain, Gulielme Rondelet, en décrivant les variétés de pediculi, mentionne l'insecte de la gale comme formant le « *tertium (genus), quod cyrones vulgo appellant, qui nunquam extra erumpunt, et semper intra cutem et cuticulam latitant* ». Dans un autre endroit, il dit aussi : « *Mulieres acu extrahunt, et sic sese a pruritu vindicant* ».

Laurentius Joubertus, en 1577, témoigne avoir possédé la double notion et des acares eux-mêmes, et du procédé pour les extraire avec une aiguille. « *Alii* », dit-il, « *sunt cyrones dicti, omnium minimi, semper sub epidermide latentes, sub qua serpunt*, etc.; » et dans un autre passage, « *cyrones peculiariter vulgus acicula extrahit* ».

Enfin, je dois mentionner Vidus Vidius, qui, dans son ouvrage « De curatione generatim », publié en 1586, parle dans les termes suivants des « syrones » dans le chapitre des Poux ou phtheires : « *Tertia spe-*

cies est eorum quos recentiores medici vocant scirones, vulgus pedicellos, qui intra pelliculam et cutem serpunt », etc.

En l'année 1600, Joh. Schenck publia dans sa « Collectio observationum medicalium » sur l'acarus scabiei diverses notes faites par des observateurs contemporains. Un paragraphe d'un intérêt tout spécial pour les Allemands est celui dans lequel il cite l'opinion de Joubertus, rapporté ci-dessus, et ajoute à cela la remarque « Germani vocant *seuren graben* ». Car cette expression montre non-seulement qu'à cette époque le peuple, en Allemagne, connaissait le parasite, mais aussi qu'il savait comment on pouvait l'extraire avec une aiguille, et employait l'expression « seuren graben » pour cette manipulation.

Les médecins de cette époque sont restés loin en arrière des naturalistes pour l'investigation scientifique. Mercurialis fournit un exemple très-caractéristique à l'appui de cette remarque. Dans son ouvrage « De morbis cutaneis », qui parut à Venise, en 1601, on le trouve suivant ses prédécesseurs, attribuant la gale à des humeurs perverties, et travaillant vainement à trouver des distinctions valables entre cette affection et le pruritus. Il n'a pas le plus léger soupçon que la véritable cause de la gale soit la présence d'un animal vivant, l'acarus scabiei. Mercurialis divise la maladie en deux formes : la gale sèche et la gale humide. Il la considère comme une affection de l'organisme entier, et notamment du sang ; et il suppose que le sang dépose dans le tégument des liquides qui sont « *épais* », « *mélangés à de la bile* », « *impurs* », et ainsi du reste, et que ceux-ci sont retenus là, et donnent naissance à des ulcères et à la gale. A la vérité, cet ouvrage de Mercurialis fut le premier spécialement consacré aux maladies cutanées, mais en résumé on peut dire qu'il fait un peu plus que rassembler et répéter les opinions de ses contemporains. Il sait que la gale est contagieuse, comme Galien l'avait en réalité précisé ; mais il l'explique en disant que des liquides contenant le principe contagieux de la maladie sont déposés *dans* et *sur* la peau, qu'ils adhèrent immédiatement aux autres corps, portant le principe contagieux avec eux, et que c'est ainsi que la maladie se communique.

Les opinions à l'égard de la gale et de l'acarus scabiei soutenues par les auteurs les derniers mentionnés, sont celles également de Félix Plater, qui écrivait en 1602 ; d'Andréas Cæsalpinus, en 1605 ; de Daniel Sennert, en 1611 ; de Franciscus Joël, en 1618 ; et d'Aldrovandus, en 1638. Il y a pourtant, dans un ouvage publié vers cette époque par un auteur inconnu, un passage qui mérite d'être spécialement cité. On le trouve dans le « Vocabulario dell'Academia della crusca », il est ainsi

conçu : « *Pellicello* (l'acarus scabiei) *è un piccolissimo Bacolino, il quale si genera a Rognosi in pelle e rodendo cagiona un' acutissimo pizzicore* ». Le point intéressant dans cette phrase est que l'auteur a reconnu évidemment l'acarus comme la *cause* de la gale ; tandis que ses contemporains supposaient que sa présence chez les personnes affectées de cette maladie était purement accidentelle.

Dans l'année 1630, il parut à Tübingen un ouvrage par Samuel Hafenreffer, intitulé πανтοχεῖον αἰολοδέρμον. Dans le dixième chapitre qui traite du pediculus et de l'acarus scabiei, l'auteur regarde le dernier comme une espèce de pou, et mentionne que l'insecte de la gale a déjà été connu sous différents noms, tels que acari, cyrones, pedicelli, etc. Il fait aussi allusion à l'expression allemande « *lebendige seuren* ».

Quatre années plus tard, en 1634, il fut publié à Londres un ouvrage par Thomas Mouffet, sous ce titre : « Insectorum seu minimorum animalium theatrum ». Ce livre, toutefois, est composé de citations des auteurs antérieurs et contemporains, plutôt que d'observations originales. Le seul passage qui paraisse valoir la peine d'être cité est celui dans lequel Mouffet dit : « Les Anglais les appellent (milben) mites, si on les trouve dans le fromage, ou dans les livres, le bois sec, ou la cire ; mais, quand ces créatures infectent l'homme, ils sont appelés en anglais (wheale worms) ; en allemand (saüren) ; en français (cyrons) ; en latin (pedicelli) ; par les Basques (vasken) (brigantés) ; par les Tauri (Tauriern) (sciri) ». Il connut les différences entre l'acarus et le pediculus, et dit du premier qu'il ne vit pas sur la surface de la peau. La phrase suivante va montrer qu'il a lui-même vu l'acarus scabiei, et s'applaudit de l'avoir observé : — « *Mirum est* », dit-il, « *quomodo tam pusila bestiola, nullis quasi pedibus incedens, tam longos sibi sub cuticulâ sulcos peragat. Hoc obiter est observandum, syrones istos non in ipsis pustulis, sed prope habitare.* »

Mais bien que, comme je l'ai montré, il se fût publié entre le XIVe et le XVIIe siècle de nombreux travaux qui prouvent d'une manière incontestable que l'acarus scabiei a été découvert dans cette période de temps, l'animal fut néanmoins complétement inconnu à la majorité des médecins. Même par ceux qui connaissaient le fait de son existence, il était en général considéré comme une espèce de pou, et comme ne se trouvant qu'accidentellement dans la gale. En examinant la *cause* de cette maladie, les écrivains de cette période (au nombre desquels je puis mentionner Arnoldus de Villanova, Théodore de Saussure, Riolanus, Campanella, Kratzmann, Louis Guyon, Dolois, Burnet, Fer-

nelius et Dimerbröck) suivirent simplement les auteurs de l'antiquité et l'attribuèrent à une *acrimonia sanguinis*.

Comme un spécimen des opinions qui dominaient à cette époque, et qui furent acceptées presque uniformément par tous les médecins contemporains, je peux citer le passage suivant d'un ouvrage de Riolanus, qui, en 1586, fut doyen de la Faculté de Paris : « *Pruritus* », dit-il, « *est scabendi desiderium ob conclusum flatum aut mordax serum; verum nocet, empta dolore, voluptas; quam cepit æger voluptatem scalpendo, eam amittit unguibus cutem excoriando; inde scabies.* »

La découverte du microscope au commencement du XVIIe siècle (dans l'année 1619), par Zacharias Jansen de Middlebourg, conduisit à plusieurs investigations, dont quelques-unes ont rapport à l'insecte de la gale. On supposa que des maladies de toute espèce étaient occasionnées par de petits animaux qu'on recherchait en conséquence dans la sécrétion des ulcères, le pus des abcès, le sang et autres liquides du corps. Parmi les fondateurs de la théorie en question, on compte Hauptmann, Borellus, Kircher et Bonani. Dans une brochure par le premier de ces auteurs, intitulée : « Uralter Wolkensteinischer Warmer-Bad- und Wasserschatz », on lit le passage suivant, dans lequel l'insecte de la gale se rapporte à : « *Cridones s. Dracunculi, blattæ, tineæ, vari, et vermiculi illi corrodentes in morbillis, scabie, et pustulis, cyrones s. acari, quos Germani* (*Reitliesen*) *appellitare solent, quique cicatrices causant* ».

Hauptmann fut également le premier à donner une esquisse destinée à représenter l'aspect microscopique de l'acarus scabiei. Ce dessin est renfermé dans une lettre qu'il adressa à Kircher. Telle était la défectuosité de construction du microscope à cette époque, qu'on ne voit rien moins que l'insecte de la gale (ou, comme il le désigne « Moelben ») dans le sujet de la figure en question.

Plusieurs autres ouvrages publiés dans le XVIIe siècle renferment des passages qui montrent que l'acarus scabiei était connu de leurs auteurs aussi bien que de la plupart des observateurs contemporains. On trouve des preuves de cette assertion, par exemple, dans les écrits de John Johnston, Peter Borellus, Samuel Bochart, Guiseppe Laurenzio, J. Rahault et Daniel Ludovicus. Quelques-uns de ces auteurs, et parmi eux Borellus, parlent de l'animal comme ressemblant à une tortue pour la forme. D'autres, comprenant Rahault, font une mention spéciale de quelques-uns de ses caractères, et notamment de ses structures en forme d'écaille, de sa surface dorsale. Le point de vue sous lequel ils étudient l'acarus est, cependant, en général celui de l'histoire naturelle; et ils ne manquent pas tout à la fois de le rattacher à la gale,

ou d'attribuer sa présence dans cette maladie au hasard, ou enfin, de s'imaginer qu'il était engendré par des liquides putrides.

Il ressort, en outre, du texte des écrivains que j'examine, que, à leur époque, l'extraction de l'insecte de la gale à l'aide d'une aiguille (ou, comme on le disait, « seuren graben ») était une pratique commune. Cette petite opération paraît avoir été généralement faite par les vieilles femmes qui, dit-on, la pratiquaient avec une grande dextérité.

Michael Ettmüller, immédiatement après, publia une figure de l'acarus qui est beaucoup plus exacte que celle de Hauptmann. Mais Théophilus Bonnet et Blanchard confondent cet animal avec le pediculus, et le dernier décrit tous ces parasites sous le nom général de Phthiriase (Leussickte, Luissucht, ou en allemand, seuren, Laussucht).

Dans le XVIIe siècle, les recherches les plus complètes à propos de l'acarus scabiei et de son rapport avec la gale, furent celles de Giovanni Cosimo Bonomo, un médecin, et Diacinto Cestoni, un pharmacien, à Leghorn. Les résultats auxquels ces observateurs arrivèrent furent annoncés par Bonomo dans une lettre qu'il adressa à Francesco Redi, qui avait acquis antérieurement une grande réputation dans le monde scientifique par son opposition à la doctrine de la *generatio æquivoca*, et par son étude complète des insectes. Redi lui-même se trouvait très en faveur à la Cour du grand-duc de Toscane, et en 1687, il publia la lettre de Bonomo, à Florence, sous le titre suivant : « *Osservazioni interno ai pellicelli del corpo umano, fatte dal dottor Giov. Cosimo Bonomo, e da lui con altre osservazioni scritte in una lettera all'illustre sig. Francesco Redi* ».

Cette brochure est si parfaite que, même aujourd'hui, il y a très-peu à ajouter à la description qu'elle renferme de la gale et de l'acarus scabiei; et le document a une telle importance dans l'histoire de cette affection que nos lecteurs en accueilleront avec plaisir, je crois, la traduction de certains passages.

« Diacinto Cestoni..... m'a assuré (dit Bonomo) qu'il avait vu à plusieurs reprises « quelque chose » (un non so che) extrait par de vieilles femmes avec la pointe d'une aiguille de la peau de leurs petits enfants, quand ils étaient atteints de la gale. Ce « quelque chose » se trouvait dans les plus petites vésicules, avant qu'elles ne fussent tout à fait mûres. On le plaçait alors sur l'ongle du pouce gauche, et on l'écrasait avec celui du pouce droit, de manière à produire un léger bruit. Il avait également vu les prisonniers et les esclaves dans les galères de Leghorn faire la même chose les uns pour les autres.

» Il continua à dire qu'il n'était pas certain que la mite ainsi extraite

fût un animal vivant, mais que tous les doutes pourraient être immédiatement levés par quelqu'un qui voudrait faire (comme je le lui ai suggéré) une série d'expériences sur un malade affecté de la gale, de manière à déterminer finalement ce qu'elle était ou n'était pas.

» Nous trouvâmes bientôt le malade désigné qui, lorsqu'on lui a demandé où il éprouvait la démangeaison la plus vive et la plus forte, m'a fait voir une quantité de petites vésicules, dont le contenu n'était pas puriforme et qui étaient semblables à celles qu'on appelle communément *bolicelle acquaiuole*. Dans une de ces petites vésicules, j'introduisis la pointe d'une aiguille très-fine, et, ayant exprimé son contenu par la compression, j'eus la bonne fortune de réussir à en extraire un petit corps blanc, arrondi, si petit qu'il était à peine visible. Mis sous le champ du microscope, on voyait incontestablement que l'on avait affaire à un petit animal d'une coloration blanche, avec une petite tache foncée (fosco d'ombra) sur le dos. Il ressemblait en quelque sorte à une tortue. Il s'agitait rapidement à l'aide de six pattes et de quelques soies ténues, sa tête était pointue avec deux petites cornes ou antennes à son extrémité. Nous ne nous sommes pas contentés de cette seule observation, et nous avons ensuite examiné plusieurs cas de scabies chez des malades de divers âges et de différentes constitutions, des deux sexes, et à toutes les saisons de l'année. Nous avons toujours rencontré les mêmes petits animaux, qui existaient dans presque toutes les vésicules. Dans un certain nombre d'entre elles, pourtant, il était impossible de découvrir. Par suite de leur petit volume, et leur couleur étant la même que celle de la peau, il est difficile de les reconnaître à l'extérieur. Mais nous avons néanmoins plusieurs fois aperçu un acarus se remuant sur la surface cutanée, notamment au niveau des articulations et dans les petits sillons du tégument. C'est là que l'animal pénètre d'abord à l'aide de sa tête pointue, rongeant et creusant, de manière à provoquer un prurit désagréable, jusqu'à ce qu'il soit arrivé tout à fait au-dessous de l'épiderme. Après cela, il continue encore (comme il est facile de l'observer) à fouiller et à creuser une galerie au-dessous de l'épiderme, établissant un passage d'un point à un autre et donnant lieu ainsi à la formation de plusieurs papules (Knötchen) remplies de liquide. De celles-ci, nous en avons vu souvent deux ou trois ensemble, et en général, tout près l'une de l'autre...... Nous nous sommes ensuite efforcé de découvrir si ce petit animal pond des œufs; et après des recherches nombreuses et réitérées la fortune nous a favorisé dans nos investigations. Nous avons placé une mite sous le microscope pour que Isaac Colonello puisse en faire

une esquisse avec son pinceau habile. Tandis qu'il la regardait en faisant son dessin, il est sorti de son extrémité postérieure un corps extrêmement petit, qui en réalité était un petit œuf, transparent, allongé, analogue comme forme à une pomme de pin, et si petit qu'il était à peine visible..... »

Comme il n'y a rien de très-utile à citer en entier le reste de la lettre de Bonomo, j'exposerai simplement sa conclusion. Il continue de dire que Cestoni et lui plus tard, ont trouvé à plusieurs reprises les œufs de l'acarus. Il leur a été impossible de découvrir quelques différences sexuelles dans l'animal, mais ils étaient néanmoins l'un et l'autre convaincus que la reproduction s'effectuait par l'union d'un mâle et d'une femelle, et non *per generationem æquivocam*.

Ces observateurs concluaient de leurs recherches, qu'il y avait de bonnes raisons pour douter de la vérité des opinions des auteurs antérieurs à l'égard de la cause de la gale. Au lieu d'attribuer la maladie en question aux « sucs mélancoliques » de Galien, aux « âcretés » de Sylvius, à la « fermentation spéciale » de van Helmont, ou à la présence de sels irritants dans la liquor sanguinis ou la lymphe, comme l'avaient supposé les derniers écrivains, au lieu d'adopter quelques-unes de ces notions, Bonomo et Cestoni arrivèrent à la conclusion que la gale (la maladie appelée, dans les traités de médecine, *scabies*) provient simplement de la présence d'un animal qui ronge incessamment la peau. Ils supposaient que celui-ci détermine une certaine quantité de la liquor sanguinis à transsuder à travers les petits orifices de la peau, et forme des vésicules, dans lesquelles les animaux eux-mêmes vivent. Les acari continuent encore à ronger, et produisent ainsi une vive démangeaison. Le malade est donc forcé de se gratter continuellement, et non-seulement il détruit par là les vésicules, mais il lèse aussi la peau elle-même et quelques-uns des capillaires sanguins, donnant lieu à la formation de pustules, d'excoriations avec croûtes à leur sommet, et à d'autres effets du même genre.

Selon leur remarque, cette manière de voir explique également la facilité avec laquelle la gale se communique, puisque le contact de deux personnes peut évidemment transporter l'acarus de l'une d'entre elles à l'autre.

Bonomo, d'ailleurs, supposait que l'insecte de la gale a le pouvoir de ramper avec une très-grande vitesse, soit sur la surface de la peau, soit au-dessous de l'épiderme, d'adhérer à tout ce qu'il touche, et de pondre des œufs de manière à multiplier avec une rapidité extraordinaire. D'accord avec ces vues, il croyait que la gale se communique

par des chemises, des mouchoirs de poche, des gants ou d'autres objets dont se sont servies des personnes affectées de cette maladie. Enfin, il supposait que l'acarus scabiei peut vivre deux ou trois jours en dehors de la peau humaine.

Quant au traitement de l'affection, il lui semblait évident que les remèdes internes ne sont pas d'une utilité indispensable, tandis que des bains alcalins et des pommades contenant du soufre, du vitriol, du mercure ou certains sels, la guérissent en tuant l'acarus dans la substance de la peau. Si l'on n'observe pas ce résultat dans tous les cas, l'insuccès est dû (dit-il) à ce que quelques-unes de ces applications ne détruisent pas les œufs et les petits de la mite, aussi bien que l'animal lui-même. Il conseille donc de continuer le traitement pendant un jour ou deux, même après que la maladie semble guérie. La substance qu'il recommande avec le plus d'insistance comme application externe est la pommade au précipité rouge, parfumée avec les fleurs d'oranger ou de rose.

Les titres de Bonomo et Cestoni à être considérés comme les auteurs de ces découvertes à l'égard de la gale furent ultérieurement contestés en 1689, par un Giovanni Cinelli Calvoli, qui affirma qu'il avait observé les « *pedicelli* » dix ans avant Cestoni. Il déclara également qu'il avait fait faire des dessins par un certain sig. Protasio Felice Salvetti qu'il accusait d'avoir fait connaître ses recherches à Cestoni et à Redi. Calvoli, cependant, n'admettait pas comme Bonomo et Cestoni, que la gale est occasionnée par l'acarus. Il supposait que la principale cause était un état salin de la peau, et se figurait que la rapide multiplication des « pedicelli » survient seulement chez les personnes qui ont un excès de « sel » (salziges) et de « nitroses » dans leur tégument.

Outre les auteurs dont j'ai déjà parlé, plusieurs de leurs contemporains ont écrit sur l'acarus scabiei. Au nombre de ceux-ci, par exemple, sont Daniel Lipstorp, Johann Doleus et Carolus Musitanus, mais il n'y a rien dans leurs ouvrages qui soit digne d'une mention spéciale, excepté le dernier nommé; et quant à Musitanus, il suffit de dire qu'il savait que l'on doit rechercher l'acarus non dans la *vésicule* du scabies, mais à l'extrémité du sillon.

La plupart des écrivains médicaux de cette époque, toutefois, continuaient de regarder l'insecte de la gale comme une espèce de pou. Par exemple, Philip Bonani, bien que le titre de son ouvrage soit « De Syronibus intercutaneis », y fait figurer un animal à six pattes qui n'est pas l'acarus, mais un pediculus pubis. Bon nombre d'autres également ne savaient que peu ou ne savaient rien des recherches de

Bonomo et Cestoni. C'est le cas, par exemple, de G. C. Schellenhammer, Theodor a Pauliz et Peter Keck. Dans leurs écrits (publiés au XVIII[e] siècle), l'acarus n'est pas toujours indiqué comme étant la cause du scabies. Ils prenaient plutôt plaisir à créer diverses espèces d'« acides » et d' « humeurs », avec les interprétations subtiles qu'ils attachaient à leurs hypothèses arbitraires. Ainsi, Helmontius enseigna que l'acide dans l'estomac cause un goût bon et naturel, mais que lorsqu'il va au delà de cet organe, il donne naissance à une influence morbide et hostile, produisant la strangurie, s'il passe dans l'urine ; la goutte, s'il est déposé dans les articulations ; et la gale, s'il atteint la peau.

Enfin, il faut noter qu'en 1710 Cestoni écrivait une lettre à Valisneri, dans laquelle il réclamait pour lui seul le mérite d'avoir découvert l'insecte de la gale, jusqu'à ce jour partagé entre lui et Bonomo. La lettre en question ne renferme ni de plus récentes observations, ni des descriptions plus détaillées de l'animal et de la maladie.

Il reste encore à mentionner Lucas Tozzius, Lanzoni et Richard Mead comme ayant traduit et commenté les ouvrages de Cestoni et Bonomo, et comme ayant ainsi aidé à la plus grande diffusion des faits importants contenus dans leurs écrits.

C'est, toutefois, en vain que nous cherchons dans les œuvres des médecins les plus célèbres de cette époque l'application pratique de la nouvelle doctrine qu'ils enseignaient. Même à ces auteurs qui reconnaissaient l'existence de l'insecte de la gale, il parut néanmoins plus probable que la gale provenait d'une dyscrasie que de l'acarus lui-même admis comme sa cause.

A cette règle, pourtant, il y a des exceptions. On les trouve dans Lancisi, Nenterus, J. Allen, Zwinger, et surtout Jacob Zchwiebe, qui publia en 1722 une «Dissertatio de pruritu exanthematum ab acaris». Dans ce traité, il adopte la division du scabies en *S. humida* et *S. sicca*, mais il sait qu'on trouve des acari vivants dans les deux variétés, étant solitaires (vereinzelte) dans la première affection, réunis ensemble dans la seconde. Dans la planche ajoutée à son ouvrage, il donne les dessins de l'insecte de la gale, tirés en partie de ses observations personnelles, en partie de celles d'Etmüller et de Cestoni. Il suppose que l'animal provient des fruits sucrés tels que des raisins et des figues, et qu'il arrive à la peau par le contact extérieur, ou qu'il est avalé dans le fruit : dans ce cas, il est réanimé dans l'estomac, et rampe de cet organe vers d'autres parties du corps.

Une opinion analogue fut professée en 1718 par Jean Junker, de

Halle, qui attribuait la gale à la boisson des sucs de bouleau en quantité excessive, et également à l'usage des bains de Wolkenstein.

Dans une brochure anonyme, écrite par un « M. A., C. D., » et publiée par un médecin anglais en l'année 1726, il y a plusieurs passages qui montrent que l'auteur avait une connaissance exacte de l'acarus scabiei, de la gale elle-même, et de la méthode la plus convenable pour la guérir. Une copie de cette brochure existe dans la bibliothèque du docteur Auzias Turenne, à Paris.

Linnée, dans son « Systema naturæ » (1734), plaçait les Mites au nombre des Insectes. Mais dans un ouvrage postérieur, la « Fauna Swezica », publié en 1746 à Stockholm, il classait l'insecte de la gale (qu'il nomme « *Acarus humanus subcutaneus* ») comme une variété de l'Acarus Syro. Dans un autre endroit, il l'indique sous un autre titre, celui d'Acarus exulcerans : « *Acarus exulcerans* », dit-il, « *pedibus longissimis setaceis, anticis duobus brevibus, habitat in scabie ferina, cujus causa est* ».

La plupart des autres auteurs médicaux dont les ouvrages furent publiés vers cette époque (et parmi lesquels je peux mentionner Richard Mead, Johann Storch, Gabriel Avelin, Michael Bäckner et J. Nyander, les derniers de ceux-ci étant Suédois, et élèves de Linnée) ne firent guère plus que répéter les doctrines enseignées par leurs prédécesseurs, bien qu'ils paraissent avoir été habiles dans l'art d'extraire l'acarus.

Je continue maintenant à nommer certains auteurs du milieu du siècle dernier qui connaissaient parfaitement l'acarus et son rapport avec la gale, et en outre, s'exerçaient eux-mêmes à répandre la notion de la véritable nature de cette affection. Ce sont (entre autres) Wilhelm Reichart, en Allemagne, P. S. Pallas, Morgagni en Italie, Caspar Casal en Espagne, Geoffroy en France, et Rosenstein en Suède. Leurs écrits ont, en effet, fait connaître l'insecte de la gale à des naturalistes de profession; mais ils furent loin d'avoir autant de succès auprès des médecins, qui, à cette époque, donnaient le ton à l'opinion des savants et par qui l'existence de l'acarus et son rapport avec la gale n'étaient nullement admis sans réserve. Sur ce point, je puis en référer au « Tractatus de morbis cutaneis » de A. C. Lorry, qui parut en 1777 à Paris. Ce fut le premier livre sur les maladies de la peau publié dans le XVIIIe siècle, livre où n'étaient pas simplement répétées les opinions des générations passées, mais qui renfermait également les doctrines de l'époque à laquelle il appartenait ; et, par conséquent, il fit autorité en dermatologie.

Dans cet ouvrage, Lorry fait savoir (p. 230) que bon nombre de médecins de cette époque supposaient que différentes maladies, et parmi elles la gale, étaient les résultats d'une *lues verminosa* (*credunt à vermibus pendere scabiem*). Il s'éloigne, toutefois, de cette opinion pour plusieurs raisons. En premier lieu, il croit que la plupart des maladies fébriles ont été guéries par une attaque de gale. Il considère aussi la gale comme un *morbus depuratorius;* car, dit-il, lorsqu'on la fait rentrer imprudemment, il survient fréquemment des affections des poumons ou d'autres viscères: d'un autre côté, diverses maladies (telles que l'asthme, l'inflammation, et *febres mali moris*) ont été guéries parce que les malades se sont servis de vêtements portés par des individus atteints de la gale. Lorry incline donc fortement vers l'opinion qui cherche la cause de la gale dans une *acrimonia sanguinis* spéciale, résidant dans le serum acide et salin, et, en conséquence, contenant lui-même un principe ayant une saveur saline (*muriaticum quid ad gustum*), et qui, bien que non volatil, possède néanmoins une odeur spécifique pénétrante et contagieuse.

J'ai cité en détail les opinions de cet auteur dans le but de montrer combien certaines notions erronées concernant la gale, qui sont en quelque sorte prédominantes parmi les médecins d'aujourd'hui, correspondent à celles qui régnaient à l'époque de Lorry.

Dans une dissertation « De scabie humani corporis », par C. F. Schubert, publiée à Leipsig, en 1779, on peut juger quelles étaient les idées sur la gale que les professeurs de médecine de cette époque transmettaient à leurs élèves. Entre autres choses, il dit : « Bien que je ne nie pas qu'il existe réellement des vers dans les pustules de la gale, cependant leur présence n'est pas une preuve qu'on doive les considérer comme sa cause. Il est tout à fait probable qu'ils sont d'une manière ou d'une autre engendrés par la maladie; car on trouve des vers dans des ulcères et dans des plaies, et cependant personne ne voudrait affirmer que ces vers donnent naissance à des ulcères. La même chose arrive dans l'achor et dans l'eczéma des oreilles (nässenden Ohren), la tinea capitis, etc.»

Une autre théorie quant à la cause de la gale, soutenue par la plupart des écrivains médicaux de haute réputation (comprenant Werlhof, Richter, Camerer et Daniel Coschwitz), est celle que Werlhof exprime en disant : « *Scabiem humanam vero ex lana ovium advenire* ». Ceux que j'ai nommés étaient si convaincus de la vérité de cette opinion, que Coschwitz explique ainsi la fréquence avec laquelle on voit la gale chez les tailleurs, en comparaison des autres ouvriers.

D'un autre côté, William Buchan, d'Édimbourg, affirmait en 1783, que la gale peut se prendre par l'habitation prolongée dans une maison humide, et qu'elle résulte d'une cause interne aussi bien que le scorbut et la syphilis.

La première représentation fidèle de l'insecte de la gale (*Mite de la gale*) est celle donnée par C. H. Degeer, dans un ouvrage dont une traduction par le pasteur Götze, parut en 1788 à Nuremberg. L'auteur décrit les pattes de l'animal et les suçoirs à pédoncule à l'extrémité des membres antérieurs, et explique comment ceux-ci sont employés pour la marche. Ce fut en très-grande partie grâce à ses travaux que la plupart des médecins qui florissaient vers la fin du XVIIIe siècle ne nièrent plus la présence de l'acarus dans la gale, bien que les opinions différassent encore beaucoup quant à la question de savoir si l'animal était cause de la maladie, ou s'il en était la conséquence.

Une preuve de cette assertion est fournie par l'ouvrage d'Otto Fabricius sur la Fauna Grœnlandica, et aussi par ceux de Daniel Pischchecow et Wichmann. De ces auteurs, le dernier nommé fit plus que tous les autres pour vulgariser la théorie de la mite de la gale, par un livre intitulé « Ætiologie der Krätze », qui parut à Hanovre en 1786, cent ans après la date de la célèbre lettre écrite à Redi par Bonomo et Cestoni. Il est vrai que la description et la figure de l'acarus scabiei données dans la seconde édition de son ouvrage, publié en 1791, sont défectueuses; mais la connaissance qu'il avait de la maladie était si complète que, sous ce rapport, il n'a été surpassé par aucun de ses prédécesseurs et ne le fut même que par un petit nombre de ceux qui l'ont suivi. Il avait parfaitement vu les sillons faits par l'insecte de la gale, et les papules (Efflorescenzen) près desquelles on trouve les jeunes acari; et il indique exactement comment il faut extraire l'animal de ces différentes places avec la pointe d'une aiguille ou d'un canif. Les passages suivants de son ouvrage paraissent dignes d'être cités; un à la page 61, où il dit: « Celle-ci, la véritable gale, ne survient jamais spontanément, et elle se communique seulement par le contact »; un autre, à la page 87: « Les acari existent avant que la gale ne paraisse, et l'on voit presque ces insectes donner naissance aux toutes premières vésicules (Bläsegens) »; et encore, à la page 94: « J'ai de bonnes raisons de supposer que la gale chez le mouton est identique avec ce qu'on désigne sous le nom de gale chez l'homme, et que la première de ces deux maladies, de même que la dernière, est occasionnée par l'acarus ».

Wichmann mentionne également dans l'ouvrage auquel je fais allusion que des essais avaient été faits par G. C. S. U. —, un de ses amis,

et par le professeur Hecker, d'Erfurt, pour se rendre compte expérimentalement des habitudes de l'insecte de la gale, en plaçant des acari vivants sur leurs propres personnes.

Maintenant, il est impossible de nier que bon nombre des contemporains de cet écrivain aient adopté ses opinions concernant la gale. Mais il est également certain que la théorie en question fut discutée par beaucoup d'autres, même parmi ceux qui furent alors considérés comme d'habiles médecins tels que Baldinger, Crell, Schmuckker et Jäger. La raison est peut-être simplement qu'un petit nombre d'autres praticiens fut assez habile pour réussir à trouver l'acarus. Même Selle, Justi et Kersting, qui étaient des hommes très-compétents et jouissant d'une réputation au-dessus de la moyenne, furent incapables de s'affranchir complétement des idées dominantes. Ils savaient, il est vrai, qu'un acarus existe dans la gale, mais au lieu de le considérer comme la seule cause de la maladie, ils supposaient qu'il n'était que le *momentum excitans*, croyant que pour la production de la gale un *momentum disponens* est aussi nécessaire, lequel consiste en une prédisposition spéciale de la part du malade.

Néanmoins il y avait, même alors, quelques grands hommes qui s'appliquaient à divulguer la véritable nature de la gale : tels étaient, par exemple, Philippe Pinel (1789), docteur am Stein, et John Hunter (1788) (1).

Au commencement de ce siècle, les médecins et les naturalistes se trouvaient divisés en trois classes par rapport à leur connaissance de l'acarus scabiei et de la cause de la gale. Une petite section seulement adopta sans réserves les doctrines de Bonomo, Cestoni et Wichmann.

Une autre section, qui ne voulait pas ou ne pouvait pas nier l'existence de l'insecte de la gale, le considérait comme une conséquence de la maladie, qu'ils supposaient être occasionnée par une altération des humeurs. La troisième section, comprenant la majorité des médecins,

(1) Le professeur Hebra cite un passage de John Hunter que l'on peut retraduire en anglais comme il suit : « Je sais que la plupart des médecins sont encore dans le doute sur la question de savoir si la gale est réellement occasionnée par un insecte ; mais j'ai vu à plusieurs reprises l'animal extrait de la peau avec une aiguille, dans des cas de cette nature, et je l'ai examiné avec un verre grossissant. »

Il m'a été impossible de trouver dans les ouvrages de John Hunter mention de cette phrase. La seule allusion à l'insecte de la gale que j'ai pu découvrir est à la page 618, dans le premier volume de l'édition de M. Palmer. C'est le suivant : « On a dit que la maladie provenait d'animalcules ; mais ceux-ci, s'ils sont présents, sont, j'en suis certain, tout à fait inutiles pour l'existence de cette affection, comme j'ai souvent examiné la sécrétion et je n'y ai pas trouvé d'animaux ; cependant on peut quelquefois les trouver dans la sécrétion. Je ne sais qui me disait dernièrement que le docteur Teigh avait démontré leur existence, non dans la pustule, mais dans la peau adjacente, comme de petits points noirs. » (*Note de l'éditeur anglais.*)

adhéra aux vieilles et surannées notions d'« âcreté » et de « décomposition », ou (comme M. Favarielle, dans sa thèse sur la gale, qui parut en 1805) maintenait que la maladie provenait d'une infection syphilitique ou scorbutique, et d'une modification morbide (Entartung) dans la perspiration (1).

Au nombre des auteurs qui connaissaient l'acarus scabiei, mais qui soutenaient des opinions erronées concernant son rapport avec la gale, on doit mentionner Jos. Adams, Banger, et peut-être Willan. Le premier avait appris à Madère le procédé pour extraire l'animal, d'une vieille femme qui lui dit que dans cette île on l'appelait « ouçao » ou « ouçam » lorsqu'il survenait sur le corps, et « zagrà » quand on le trouvait sur la tête. Adams et son ami Banger essayèrent ensuite de s'inoculer la gale, et de cette manière non-seulement la prirent, mais la donnèrent sans intention à d'autres personnes. Malgré ces expériences cependant, Adams établit des distinctions entre l'affection produite par « ouçoës » et la gale ordinaire. Quant à Willan, on ne sait jusqu'à quel point il connaissait l'acarus scabiei, le seul passage dans lequel il le mentionne étant celui qui suit, extrait de sa description du prurigo mitis (2) : « Lorsque des personnes qui en sont atteintes négligent de se laver la peau, ou sont malpropres dans leurs vêtements, l'éruption devient plus invétérée, et enfin changeant de forme, se termine souvent par la gale, quand des pustules et des vésicules viennent parmi les papules ; l'acarus scabiei commence à engendrer dans les sillons de l'épiderme, et la maladie devient contagieuse ».

Une remarque d'Alibert, citée par Rudolfi (3) présente une importance presque égale à ce passage de Willan, qu'« il (Alibert) avait découvert une espèce particulière d'insecte dans la gale dérivée du cheval », et, en outre, qu'« il connaissait douze variétés de gale, chacune avec son espèce spéciale d'acarus ».

De nouvelles recherches au sujet de l'insecte de la gale furent faites presque vers le même temps par P. A. Latreille, qui lui donna le nom de *Sarcoptes scabiei*. Mais les conclusions auxquelles cet observateur est arrivé n'ont été que peu goûtées par les médecins de cette période. Il est évident, en effet, par les citations précédentes de leurs écrits, que même les grandes autorités en dermatologie, à cette époque, se sou-

(1) Le même préjugé n'a-t-il pas eu la même durée au sujet de la syphilis, que longtemps on a attribuée à une maladie du foie, à de malencontreuses conjonctions planétaires, à tout jusqu'à l'*ire de Dieu*, avant de l'expliquer par l'action d'un principe contagieux, si manifeste cependant par ses effets. (A. D.)

(2) « On Cutaneous Diseases », 1808, p. 70.

(3) « Bemerkungen aus dem Gebiete der Naturgeschichte ».

ciaient très-peu des travaux des hommes de science; et la majorité des médecins praticiens avait l'habitude de compter sur les écrits de ceux qui étaient à la tête de leur profession, sans se livrer à aucunes recherches originales.

Une autre cause qui contribua à égarer encore davantage l'opinion médicale quant à la nature de la gale, ce fut la doctrine homœopathique qui se répandait alors de l'Allemagne sur toute l'Europe. En effet, comme personne ne l'ignore, un des dogmes professés par les disciples de Hahnemann fut que la plupart des maladies qui affectent le corps humain résultent de la gale rentrée, supprimée ou déplacée par des onctions. Une autre de leurs assertions était que la gale peut être produite par des frictions avec la pommade soufrée, et ensuite guérie par le soufre; et cet exposé inexact tendait à faire renaître l'ancienne théorie d'une « âcreté des humeurs », et encore plus à détourner l'attention des médecins du rôle que joue l'acarus scabiei.

Un autre médecin et écrivain médical qui, en 1791, publia un petit livre sur la gale, est Guldener von Lobes, de Prague. Son ouvrage, toutefois, est rempli d'erreurs.

Pendant que les médecins s'éloignaient de plus en plus de l'idée de la vraie cause de la gale, plusieurs excellents livres, basés sur des expériences de diverse nature, étaient publiés par des chirurgiens vétérinaires. Ainsi :

Dès l'année 1790, il parut un traité sur la gale du mouton, par Viedebantt, dans lequel cet auteur attribuait la maladie aux acari. « La gale », dit-il, « est premièrement et essentiellement une affection de la peau constituée par la présence d'insectes; mais l'accumulation de liquides irrités la rend secondairement une maladie mixte (An sich und im Anfang ist also die Räude eine blos von Insecten verursachte Verderbung der Haut; nachher wird sie durch den Andrang der erregten Säfte eine gemischte Krankheit). Tout ce qui, tuant les insectes et leurs petits, corrige l'état morbide de la peau et fait disparaître l'âcreté qui en est la conséquence, est un remède ».

Les chirurgiens vétérinaires d'une période postérieure, cependant, publièrent sur la gale et sur l'acarus qui la produit, des ouvrages si complets, que même aujourd'hui leur valeur sur bien des points est indiscutable. Je renvoie aux écrits de Gohier, Saint-Didier, Bosc, Huzard, Duméril, et surtout de Walz. Le dernier mentionné de ces auteurs, entre autres choses, réussit à communiquer expérimentalement la maladie, et décrit les symptômes qu'il observa chez le mouton après que la gale eut été produite en plaçant des acari sur la peau de

ces animaux. Il savait que l'acarus du mouton avait deux sexes, et en quoi il différait de l'insecte de la gale de l'homme. Il donne des dessins du mâle et de la femelle ; et, bien qu'ils soient imparfaits, ils sont néanmoins tels, qu'on peut y reconnaître les ébauches des animaux qu'ils ont pour but de représenter.

Les chirurgiens vétérinaires des vingt années suivantes (au nombre desquels étaient Hertwig, Gurlt, Hæring et Ritter) ont fait d'importantes additions à ces ouvrages, et beaucoup contribué à la connaissance exacte de la durée de la vie de l'acarus, ainsi que de la manière dont il se communique d'un animal à l'autre.

Ces observations ne restèrent pas stériles. Elles excitèrent chez les médecins aussi (notamment à Paris) un désir de découvrir de nouveau l'insecte de la gale de l'homme, qui était tombé en oubli.

Alibert, en conséquence, invita M. Galès, pharmacien de l'hôpital Saint-Louis, à rechercher l'acarus scabiei, et une récompense fut promise à celui qui réussirait à le trouver. En 1812, Galès publia les résultats de ses recherches dans un ouvrage intitulé « Essai sur le diagnostic de la gale ». Il annonçait qu'il avait trouvé plus de trois cents acari, dont quelques-uns avaient six, d'autres huit pattes. En outre, il montrait fréquemment des acari vivants sous le microscope, en présence d'une commission composée de MM. Leroux, Bosc, Ollivier, Latreille, Duméril, Pelletan, Richerand, Alibert, Dubois et autres, qui avaient été députés dans ce but par l'Académie, et devant une nombreuse assemblée de médecins et d'étudiants. Des dessins des mites que l'on montrait étaient faits à cette époque par un habile graveur, M. Meunier (1).

Ces animaux, que Galès déclarait être des insectes de la gale, étaient, pourtant, cherchés en vain par quelques-uns de ses contemporains, au nombre desquels se trouvaient Muronvall et Lugol, ainsi que Galiotti, et Chiarughi, de Florence. Lugol renouvela donc l'offre d'un prix à celui qui pourrait lui montrer l'acarus. L'effet de cette proposition fut qu'en 1829 Raspail annonça qu'il avait réussi à le découvrir. En présence de savants réunis dans cette intention, il plaça sous le champ du microscope le liquide d'une vésicule, et montra qu'il contenait un

(1) Tout le monde sait que les dessins de Galès ne représentaient que la mite du fromage. Cette circonstance, qu'on attribue à ce que le graveur, ayant perdu le modèle *humain*, avait cru pouvoir le remplacer par ce qu'il regardait, lui, comme un analogue suffisant ; cette circonstance, dis-je, contribua à mettre les médecins de l'époque en défiance contre la présence d'un acarus dans les sillons de la gale ; car la preuve, disaient-ils, que cet insecte n'y existe pas, c'est que, pour faire croire qu'on l'y a trouvé, on est obligé de l'emprunter ailleurs. (A. D.)

petit animal qui se remuait. Mais quand tout le monde se fut assuré de l'accomplissement de la promesse de Raspail et eut dûment admiré l'excellent dessin de Meunier, qui ne laissait aucun doute sur l'identité de l'insecte qu'on leur présentait avec celui montré d'abord par Galès. Raspail déclara aux docteurs rassemblés (parmi lesquels il faut mentionner Cloquet et Bally) que cet animal n'était pas autre chose qu'une mite du fromage, qu'un ami obligeant avait introduit pour lui dans le liquide.

Ensuite un certain Herr Patrix affirma en plusieurs circonstances qu'il savait comment trouver l'acarus scabiei. A son invitation, Dupuytren et les grands savants de Paris cherchèrent à le voir, mais il n'eut à leur montrer ni l'insecte de la gale, ni même une mite du fromage.

L'insuccès de ces tentatives pour démontrer l'acarus scabiei eut pour résultat que (en France du moins) son existence devint plus que jamais une chose douteuse. Dans d'autres pays, cependant, le véritable insecte de la gale était connu de certains observateurs, au nombre desquels se trouvaient Olfers (1816), Karsten (1818), Lamarck et Joseph Frank; mais ceux-ci furent combattus par Herbrandt, Gankofner, Wenzel (1825-1832), et plusieurs autres qui se prononcèrent décidément contre l'opinion que la cause de la gale est un acarus.

En 1834, la mite de la gale attira de nouveau une grande part d'attention des médecins et de ceux qui s'intéressaient à l'histoire naturelle. Un Corse, nommé Renucci, qui avait sans doute vu dans son pays natal de vieilles femmes extraire l'animal, enseigna aux médecins de Paris (qui discutaient encore sur son existence) comment ils trouveraient l'acarus scabiei dans la gale. Il écrivit ensuite une thèse sur ce sujet, et la présenta à la Faculté de médecine pour obtenir le grade de docteur. Stimulé par l'exemple de Renucci, la plupart des jeunes médecins de Paris firent les efforts les plus assidus pour découvrir l'acarus, et l'on peut voir avec quel succès, par le nombre considérable d'ouvrages publiés pendant cette année et les années suivantes par divers auteurs, comprenant Raspail, Albin Gras, Sédillot, Baudet, Leroi, Vandenhecke, Antoine Dugès, P. Rayer et Émery. Ce dernier écrivain, outre la description de ses propres recherches, donne un résumé des observations des autres. Il mentionne également le fait qu'on trouve des acares dans le creux de l'aisselle et dans la peau recouvrant les organes génitaux, ainsi que sur les mains et les pieds, où l'on savait déjà auparavant qu'ils existaient. Il m'est toutefois impossible de comprendre son assertion que l'animal habite

les *favoris*. Enfin il ne faut pas oublier qu'Émery traitait la gale par des frictions *limitées* aux parties atteintes de la surface cutanée.

A cette époque, quelques médecins en Allemagne (comme, par exemple, Adam Schmidt et Reese) partageaient encore les vieilles idées sur la cause de la gale, et ne connaissaient l'acarus que par ouï-dire et par les descriptions des plus anciens auteurs. Les écrivains allemands auxquels on doit les premières notions sur l'insecte de la gale dans leur propre pays furent Stannius de Berlin (le traducteur de Rayer), Baum de Dantzig, Wiegmann, et les vétérinaires Hertwig et Haering. Il est également établi que Stannius fut le premier médecin allemand qui, dans les derniers temps, réussit à trouver l'acarus, et en donna une description. Oken, dans son ouvrage sur l'histoire naturelle, parle d'un insecte de la gale, mais le confond avec la mite du fromage, disant qu'il existe à peine une différence entre eux. La seule remarque digne d'attention que l'on trouve dans cet écrit, est que, en se grattant, on transporte l'acarus d'un point à un autre.

Durant les années suivantes, les auteurs qui firent le plus pour répandre la connaissance de la mite de la gale, et de la véritable nature de cette affection, furent H. Vezin, d'Osnabrück (1836), Köhler, Heyland, Rohde, Schwartz, Sonnenkalb, Deutschbein, Koch et Veiel, en Allemagne; Auber, Dujardin et Nérée Got, en France; Kegelaar et van Leeuwen, en Hollande; Sundewall, en Suède; O. Holhouse et Erasmus Wilson, en Angleterre.

Combien ne semble-t-il pas extraordinaire que durant ce temps des professeurs de clinique de grand mérite et d'une réputation européenne (tels que Schönlein, Fuchs et Hildenbrandt) aient réellement omis de faire mention de l'acarus, ou aient regardé sa présence comme un élément tout à fait accessoire de la gale; ou (comme Burtz, Horn et Bernhardi) aient affirmé que la maladie pousse *de novo*, et que les sarcoptes hominis existent par génération spontanée dans les pustules!

En l'année 1846 parut dans « Froriep's Notizen » un article par C. Eichstedt, de Greifswald, article qui marque une époque dans l'histoire de la gale. On savait déjà antérieurement que l'acarus pond des œufs; divers auteurs en avaient publié des dessins. Mais c'est à Eichstedt que revient l'honneur d'avoir le premier décrit exactement et dessiné les sillons de la mite de la gale, avec les œufs, les coquilles et les fèces qu'ils contiennent. En outre, il donne la description d'un acarus qu'il suppose être un mâle, un peu plus petit que l'espèce ordinaire, et qui, au lieu de former un sillon comme d'autres acares, se

trouvé simplement recouvert d'une couche d'épiderme. Il ne donne pourtant pas le dessin de cette variété de l'animal. Il décrit aussi le jeune acarus comme une larve à six pattes. Enfin il mentionne le fait intéressant qu'il avait rencontré l'acarus de l'homme dans des croûtes prises sur un cheval gravement atteint de la gale et qui lui avaient été remises par un chirurgien vétérinaire nommé Holst.

Ainsi Eichstedt fut le premier auteur qui donna des descriptions de la forme du sillon fait par la mite de la gale, de la position des œufs à l'intérieur de ce sillon, et enfin de l'état de larve de l'animal et de la mue qu'il subit. Il serait difficile de déterminer s'il a vu le premier l'acarus mâle, ou si le professeur Krämer a droit à l'honneur de l'avoir découvert. Mais, quoi qu'il en soit, il fut certainement l'un des deux, et non l'observateur français Lanquetin, qui démontra les différences sexuelles du parasite. Voici la description de Krämer à ce sujet (1) : « Je renvoie à l'acarus scabiei dans le but d'appeler l'attention sur ce point que le mâle, à la découverte duquel Lanquetin et Bourguignon élèvent des prétentions, fut trouvé par moi dans l'année 1845. » Krämer, cependant, montra le premier un dessin d'un acarus mâle (et non encore alors l'animal lui-même) en septembre 1846, à Kiel. La seule distinction qu'il établit entre lui et la femelle est que chez le premier il y a des suçoirs sur la paire interne des pattes postérieures ainsi que sur les pattes antérieures. Il est donc probable que Krämer et Eichstedt découvrirent l'acarus mâle vers la même époque et indépendamment l'un de l'autre, mais cinq ans avant au moins qu'il eût été trouvé en France.

Dans l'année 1852, cependant, Lanquetin et Bourguignon, d'après leurs propres recherches, ont donné la description et le dessin des organes génitaux du mâle de la mite de la gale. A Bourguignon en particulier la médecine est grandement redevable pour la description détaillée qu'il a publiée de l'anatomie de l'acarus, et pour les expériences qu'il a faites en transférant le parasite de l'homme aux animaux inférieurs et des animaux inférieurs à l'homme. Lorsque je parlerai de l'histoire naturelle de la mite de la gale, j'aurai pourtant à dire qu'on ne peut accepter tout ce qu'il avance à cet égard. Et, comme tant d'autres auteurs français, il montre une grande ignorance de la littérature des pays étrangers.

Il est toutefois si difficile d'extirper des idées depuis longtemps enracinées dans les têtes des médecins, que quelques-uns ne furent

(1) « Fragmentarische Notizen und Abbildungen zur Helminthologie und Parasitenlehre », 3 Band, p. 299

pas convaincus même par les excellents ouvrages auxquels j'ai renvoyé. Il y avait à cette époque, et il y a même actuellement (en 1864), des dermatologistes d'une grande réputation à Paris (parmi lesquels je dois mentionner Devergie, Gibert et Cazenave), qui, bien que ne pouvant nier l'existence de l'acarus, n'ont cependant jamais été persuadés que cet insecte est la cause de la gale. Ils soutiennent toujours l'opinion erronée que le lichen et le prurigo peuvent se transformer en gale, tournant en ridicule le dogme qu'on ne peut établir un diagnostic certain de la maladie qu'en trouvant un cuniculus, comme si, disent-ils, il fallait toujours être armé d'un microscope lorsqu'on aura affaire à un cas de cette nature !

A l'époque où parut le traité de Bourguignon, ou un peu plus tard, Jules Worms (de Strasbourg), Piogey et Hardy, publièrent en France des ouvrages estimés; le dernier ayant spécialement dirigé son attention vers le traitement de la maladie. En Allemagne, Gustav Simon et Canstatt avaient antérieurement écrit sur ce sujet, et leurs observations furent suivies de plusieurs excellents écrits dus aux plumes de Küchenmeister, Schinzinger, Gerlach, Bergh, et, surtout, Gudden.

En effet, depuis l'année 1855 jusqu'à nos jours, Gudden a continuellement publié les résultats de ses recherches, quelquefois sous forme de brochures, d'autres fois dans les colonnes des journaux. Il a ainsi montré que la possession d'un petit nombre de matériaux n'est pas une raison pour faire bon usage de ceux que l'on possède. Quelques-unes de ses opinions s'accordent difficilement avec l'expérience pratique, mais cela tient sans doute à ce qu'il n'a eu à observer que rarement des cas de gale. Je ne doute pas que s'il avait eu à sa disposition un large champ d'investigation, ses opinions n'eussent promptement changé.

Par exemple, je ne puis admettre avec lui que l'éruption dans la gale est provoquée par une sécrétion possédant des propriétés semblables à celles de la cantharide, lancée par les acares dans leurs sillons. Il m'est encore impossible de trouver aucun fait à l'appui de son assertion que la mite femelle quitte fréquemment le cuniculus; car ni moi ni d'autres observateurs n'avons jamais vu à sa partie supérieure les trous à air, tels qu'ils sont décrits par Gudden et Bourguignon. Ses observations sur l'acte de la copulation chez les mites du fromage sont très-intéressantes, mais ne me paraissent point justifier la conclusion que cet acte s'accomplit exactement de la même manière chez les mites de la gale.

Mes opinions personnelles au sujet du diagnostic, de l'étiologie et du traitement de la gale furent pour la première fois publiées en l'année 1844 (1). Depuis cette époque, j'ai eu de fréquentes occasions d'écrire sur ce sujet, et j'appellerai notamment l'attention de mes lecteurs sur un article qui parut en 1852 (2), et dans lequel j'ai le premier fait connaître en Allemagne l'existence d'une forme particulière de la maladie, que j'ai désignée sous le nom de « scabies Norvegica (Norwegische Krätze) ».

Bientôt après, l'exactitude de mes aperçus fut confirmée par les observations personnelles de plusieurs auteurs (Fuchs, de Göttingen, Bamberger de Würzburg, et enfin Gumpert de Würzburg, et Kohn de Bonn) ; ces derniers rassemblèrent les notices disséminées qui avaient déjà été publiées sur cette affection et les soumirent à leurs confrères dans un ouvrage à part.

Reinhardt, Lanquetin, Leydig et Rudolph Bergh (de Copenhague) ont aussi récemment publié des articles de la plus haute importance sur la gale. On doit surtout au dernier auteur que je viens de citer l'honneur d'avoir démontré que l'acarus mâle se rencontre en nombre beaucoup plus considérable qu'on ne l'avait supposé. Karl Seggel également, et M. H. F. Fürstenberg, ont, dans ces derniers temps, écrit sur la gale. On peut considérer comme réellement unique l'ouvrage de Fürstenberg sur l'acarus. On ne sait ce qu'il faut le plus admirer de l'étendue et de la solidité des observations qu'il renferme, ou du travail infatigable dont il témoigne, ainsi que de la précision des détails.

Il est difficile, du moins pour un Allemand, de comprendre comment, après toutes ces recherches, Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et l'un des professeurs de dermatologie à l'université de Paris, a pu, actuellement, en l'année 1863, écrire que « la gale peut être une maladie spontanée »; — et encore, que « même si l'acarus se trouve constamment dans la gale, la théorie nous permet de supposer *soit* que l'insecte est un produit de l'affection, *soit* qu'il en est la cause et le moyen de sa transmission » ; — et enfin, que ce même auteur distingué ait placé au premier rang, parmi les caractères de la gale, la présence d' « une éruption de la peau », et au second rang celle des « acares, ou une espèce particulière d'insecte renfermé dans des sillons ». C'est une nouvelle preuve que les idées imaginaires sont souvent plus facilement acceptées que les faits les plus incon-

(1) Med. Jahrbücher d. œst. Staaten », Band XLVI et XLVII.
(2) « Zeitschr. d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien ».

testables, et de la vérité desquels tout le monde peut facilement se convaincre (1).

Définition. — Le nom de « *scabies* » est aujourd'hui employé pour désigner de nombreux phénomènes morbides produits dans la peau par la présence d'acares qui y demeurent, et qui, pour se procurer leur nourriture et pour la propagation de leur espèce, donnent lieu à une irritation continuelle des tissus qui la constituent. Les phénomènes morbides eux-mêmes ressemblent, sous beaucoup de rapports, à ceux occasionnés par d'autres irritants; mais, pris comme un tout, ils présentent néanmoins certaines particularités qui permettent d'en faire une forme distincte de maladie. Or, si je voulais donner une esquisse aussi complète et aussi caractéristique que possible de cette affection, il ne me suffirait pas de décrire simplement les apparences individuelles au fur et à mesure qu'elles naissent dans un point quelconque du corps. Ici, comme toujours, le médecin doit esquisser la maladie comme un tout (ein Gesammtbild entwerfen), et notamment il ne doit pas oublier que ni la gale, ni toute autre affection ne peuvent présenter les mêmes caractères à toutes les périodes de leur évolution, ainsi que dans les différentes régions du corps. Il est donc évident qu'il ne faut plus s'attendre comme auparavant à pouvoir résumer les caractères de la gale en un seul groupe de symptômes. Il ne suffit pas, par exemple, de la décrire comme une affection de la peau, accompagnée de la présence de cuniculi, et de la formation de vésicules, de papules, ou de pustules qui surviennent sur les doigts ou « entre les doigts »; il faut, au contraire, donner la description de chaque phénomène qui se manifeste dans le cours de la gale; et après nous être, par la combinaison de tous ces symptômes, fait une idée de la maladie comme un ensemble, nous en déduisons ses caractères diagnostiques.

Lorsque par des recherches soigneuses sur l'histoire naturelle de l'acarus scabiei on fut arrivé à déterminer les apparences qui indiquent sa présence dans la peau, on crut assez généralement pendant quelque temps que la découverte seule d'un sillon devrait être considérée comme caractéristique de la gale (2).

(1) Dans cet historique si complet nous ne trouvons à relever qu'une seule omission, celle des travaux du docteur Aubé (thèse inaugurale, 1837), qui le premier constata les mœurs de *noctambule* de l'acarus, et expliqua par là pourquoi on ne gagne que rarement la gale en fréquentant, en touchant les galeux pendant le jour, et pourquoi un contact nocturne, même unique, suffit à la donner. (A. D.)

(2) En 1844, j'ai moi-même écrit dans un article sur la gale, publié dans le « Med. Jahrbücher des k. k. œst. Staates » (Band XLVI, p. 280), que « le seul signe caractéristique de la gale est la découverte de sillons et de terriers (Furchen) dans l'épiderme, et des acares qu'ils renferment ».

L'étude persévérante de la maladie (dont 40 000 cas ont été confiés à mes soins) m'a cependant fourni l'occasion fréquente d'observer qu'un malade peut avoir la gale sans qu'on soit à même, à un premier examen, de découvrir soit les cuniculi produits par l'acarus adulte, soit même les petites papules ou vésicules engendrées par les jeunes acares, et sans que cependant le médecin soit blâmable, jugeant d'après d'autres symptômes, sinon d'affirmer positivement qu'il a affaire à un cas de gale, du moins de dire qu'il y a une grande probabilité qu'il en soit ainsi. A l'appui de cette opinion, qui semblera paradoxale à quelques personnes, je citerai les exemples suivants, tirés de l'expérience. Ainsi que je le montrerai tout à l'heure, lorsque je parlerai de son histoire naturelle, on ne peut reconnaître la présence de l'acarus scabiei dans la peau que quand l'animal a formé un sillon plus ou moins distinct. Or, ceci demande une période de huit à quinze jours, et même plus longue (d'après les recherches de Gerlach et de Gudden, un intervalle variant largement de une à sept semaines). Durant ce temps, le malade souffre d'une vive démangeaison, et par conséquent se gratte dans diverses parties du corps; mais les phénomènes qu'on a regardés comme étant caractéristiques de la gale manquent complétement, et en conséquence, suivant les règles habituelles, le médecin ne peut pas arriver au diagnostic de la maladie. Si alors un malade avec une seule mite de la gale dans la peau vient consulter un médecin qui regarde le cuniculus comme le seul moyen de reconnaître la gale, celui-ci se trompera sur la nature du cas, et, suivant la routine ordinaire, attribuera à une *acrimonia sanguinis* la démangeaison qui tourmente son malade; en prescrivant en conséquence des bains et des laxatifs, il ne guérira pas l'affection et perdra de cette manière la confiance de son client.

Au début de la gale, il est donc impossible de découvrir les phénomènes occasionnés par l'acarus, et il faut s'adresser à d'autres éléments pour juger de la nature de cette affection. En outre, non-seulement il en est ainsi à la première période, mais, même à une époque plus avancée, le développement régulier des cuniculi peut, par diverses circonstances, être entravé, ou leur découverte empêchée, ou (et notamment lorsqu'ils sont situés sur les mains) ils peuvent être détruits aussitôt que formés. Les personnes qui sont propres, et qui se baignent souvent; les hommes employés dans des établissements de bains; ceux qui se lavent souvent les mains ou d'autres parties, et qui se servent habituellement de savon; enfin ceux qui, étant exposés à se salir les doigts, les nettoient avec des étoffes rudes, du savon ordinaire contenant de la pierre ponce, ou même avec la pierre ponce elle-même;

tous ces individus peuvent à l'aide de tels moyens détruire les cuniculi, et rendre ainsi impossible pour le médecin la constatation de la présence de l'acarus. Il y a encore certaines occupations qui exposent la peau au contact de substances capables de tuer les acares ou de détruire leurs sillons, sur les régions ou ces substances sont appliquées. C'est ce qu'on observe, par exemple, chez les blanchisseuses, les maçons et les chapeliers. Or, chez ces personnes, on chercherait vainement sur les mains des cuniculi, ou même les petites papules et les vésicules que produisent les jeunes acares; et cependant il est tout à fait impossible de diagnostiquer la gale à l'aide d'autres symptômes existant sur d'autres parties du corps. Chez les enfants, encore, le peu d'épaisseur de l'épiderme le rend très-accessible à l'introduction de l'insecte de la gale; et en conséquence le parasite, comme tout le monde le sait, se multiplie là avec une rapidité extraordinaire; et cependant il est beaucoup plus difficile de découvrir les sillons chez un enfant que chez un malade plus âgé, et ils sont souvent si peu nombreux, qu'ils ne paraissent nullement en proportion avec l'abondance de l'éruption sur la surface cutanée. Chez ces malades, donc, il faudrait beaucoup plus de temps pour découvrir un seul cuniculus que pour se prononcer d'après l'examen des autres caractères de la maladie. — Je ne voudrais pas, toutefois, qu'on supposât que je regarde comme inutile de rechercher les sillons dans ces cas. Au contraire, c'est toujours mon premier soin de déterminer s'il existe un parasite, et dans quelles régions du corps il a établi sa demeure. Ce que je veux dire, c'est que les changements que l'on observe sur d'autres parties de la peau ne sont pas moins importants à prendre en considération et devraient être étudiés avec la même attention. Car, comme je l'ai déjà plus d'une fois énoncé, ils permettent d'établir un diagnostic plus facilement, plus promptement et avec non moins de certitude, que ne le ferait la découverte d'un sillon ou d'un acarus. Enfin, il ne faut pas oublier que tous les médecins n'ont pas le temps et les occasions nécessaires pour étudier les apparences produites par l'acarus scabiei, et que l'inspection de ces phénomènes peut également leur être interdite par des défauts physiques, tels que la presbytie. Or, dans ces circonstances, les autres caractères de la maladie restent à la disposition des praticiens, et ils sont assurément bien suffisants pour en démontrer l'existence.

En conséquence, je ne décrirai pas, comme les auteurs antérieurs, les symptômes caractéristiques de la gale d'un seul point de vue, ni je ne les ferai pas consister simplement dans la présence de cuniculi. Il

me paraît préférable de diviser les phénomènes morbides qu'on rencontre dans cette maladie en trois groupes distincts, savoir :

I. *Ceux qui proviennent directement de la présence d'acares dans la peau.*

II. *Ceux qui sont le résultat des grattages du malade.*

III. *Ceux qui sont occasionnés, pendant que des acares vivants existent dans la peau, par l'action d'autres irritants de diverse nature.*

I. — Phénomènes qui proviennent directement de la présence d'acares dans la peau.

Afin de pouvoir se rendre un compte exact des phénomènes qui sont compris dans ce paragraphe, il est nécessaire d'être familier avec l'histoire naturelle de l'acarus scabiei, et avec les effets qui résultent de la présence du parasite vivant dans le tissu de la peau.

Histoire naturelle de l'acarus scabiei. — Les divers auteurs qui se sont occupés de l'histoire naturelle de la gale lui ont donné différentes places dans le système naturel de classification, notamment Linnée, de Geer, Albin Gras, Latreille, Raspail, Eichstedt, Bourguignon, Lanquetin, Gudden, Gerlach, Worms, Leydig, Bergh, et surtout Fürstenberg. Les opinions de ce dernier auteur sont celles que j'adopte, et j'extrais de son ouvrage si souvent cité les paragraphes qui ont rapport à cette question.

La mite de la gale (*Acarus scabiei*, de Geer; *A. exulcerans*, Linnée, ou *Sarcoptes hominis*, Raspail) fut en premier lieu placée parmi les *Arachnida*. Aujourd'hui elle est rapportée à une classe spéciale d'animaux, les *Acarina* (mites, ou Milben), dans lesquelles il y a d'ailleurs deux ordres, savoir : 1° l'*Acarina* propre; 2° les *Ricini* (tiques, Zecken). L'animal dont nous nous occupons appartient au premier de ces ordres (l'*Acarina* propre), formant le premier genre (*Sarcoptes*) de la quatrième section (Laufmilben) de la cinquième famille (*Sarcoptides*, Lausmilben).

Voici la description de l'animal : « Corps ovale, en forme de tortue, avec des dentelures sur les bords latéraux. La peau est garnie de sillons superficiels, onduleux et transversaux (Rillen). La surface dorsale est recouverte de nombreux appendices petits et larges, de forme claviforme ou conique, ou semblable à des écailles et avec des soies qui reposent sur des élevures papillaires. La tête est en apparence distincte du tronc, *avec quatre paires de mâchoires*, et deux forts palpes placés

près des mâchoires, et de la même longueur. Les pattes sont au nombre de huit, à cinq articulations; les première et seconde paires, pourvues de suçoirs pédonculés, les pédoncules de la même longueur que les pattes elles-mêmes et sans articulations; les troisième et quatrième paires, chez la femelle, se terminent par de longs poils. Chez le mâle, la première, la seconde et la quatrième paire de pattes sont munies de suçoirs, la troisième paire ayant seule des poils; celles de la première paire, unies. Quelques larves présentent six pattes, la première et la seconde paire avec suçoirs, la troisième paire se terminant par de longs poils.

L'acarus subit trois mues avant que son développement soit complet; mais ces changements de la peau ne sont accompagnés d'aucune altération très-remarquable ou frappante dans sa forme. Il vit le plus souvent dans un sillon qu'il creuse pour lui en dedans de l'épiderme de la peau humaine, mais quelquefois il se couche simplement au-dessous de l'épiderme, sans former un sillon. On a également, suivant Fürstenberg, trouvé ce parasite dans la peau du cheval, du lion et du lama, ainsi que chez un singe et chez une brebis napolitaine. Je l'ai aussi rencontré sur le chameau, la brebis égyptienne et le furet (*Putorius furo*).

L'acarus femelle adulte varie de grosseur. En moyenne, sa longueur est de $0^{mm},4526$; sa largeur, au quatrième anneau du thorax, est de $0^{mm},3534$. Le mâle est infiniment plus petit que la femelle. En longueur, il mesure $0^{mm},235$, en largeur $0^{mm},19$. Il diffère encore de la femelle par le petit nombre de processus analogues à des écailles qui existent sur la peau du dos, en ce qu'il a des suçoirs pédonculés aux extrémités de la quatrième paire de pattes, et en ce qu'il présente un encadrement de chitine en forme de fer à cheval, auquel sont attachés les organes de la génération et qui est situé sur la ligne médiane du corps, entre les pattes de derrière.

Les œufs de la mite de la gale sont d'une forme ovoïde, et ont $0^{mm},168$ de longueur et $0^{mm},114$ de largeur. Les larves, au moment où elles s'échappent de la coquille, sont légèrement plus courtes et plus étroites que les œufs dont elles sont formées, mesurant à ce moment $0^{mm},158$ en longueur, et $0^{mm},104$ en largeur. Toutefois elles augmentent rapidement de volume.

Certains auteurs, au nombre desquels sont Gerlach et Fürstenberg, ont, dans leurs très-remarquables ouvrages, donné des descriptions et des dessins des différentes variétés d'acares; quelques-uns avaient été rencontrés dans diverses espèces d'animaux, tandis que d'autres avaient été tirés de l'homme, et s'y trouvaient associés (comme on l'a supposé)

avec des formes distinctes de scabies. Mais, bien que j'aie la plus haute considération pour les écrivains que je viens de citer, il m'est impossible d'être d'accord avec eux sur ce point. Mes observations sur les animaux inférieurs, ainsi que sur l'homme, m'ont conduit à croire que non-seulement plusieurs des acares que Gerlach dit avoir été pris chez différents animaux, mais ceux décrits par Fürstenberg sous les noms de *Sarcoptes scabiei*, et de *S. scabiei crustosæ*, appartiennent au même genre et à la même espèce, ou (ce qui est plus probable) sont des spécimens d'un seul et même animal. Des différences de longueur, d'épaisseur, de largeur ou de degré de transparence du corps; des variations légères dans la forme, qui est, dans quelques cas, un peu plus arrondie, dans d'autres un peu plus allongée; toutes ces différences, dis-je, me paraissent être une base entièrement insuffisante pour la création de plusieurs espèces distinctes d'un petit animal qui ne peut être bien vu que quand on l'examine à un grossissement de 100 diamètres au moins, et qui éprouve plusieurs mues et métamorphoses. Sur cette question, l'opinion exprimée par Gudden est conforme à la mienne. Il n'y a pas de meilleure preuve de l'identité des acares trouvés jusqu'à présent sur divers animaux, que ce fait: que les maladies qu'ils produisent ont toujours été transmissibles, volontairement ou accidentellement, de ces animaux à l'homme, et *vice versâ*. Je l'ai moi-même observé dans le musée d'histoire naturelle de Vienne, et dans la ménagerie impériale de Schönbrunn. Je suis donc fermement convaincu que les divers acares décrits et dessinés par Gerlach sous les noms de *Sarcoptes equi*, *S. canis*, *S. suis*, *S. cati* et *S. cuniculi*, ainsi que ceux que Fürstenberg a désignés sous les noms de *S. scabiei crustosæ*, *S. vulpis*, *S. capræ*, *S. squamiferus*, et *S. minor* sont identiques. En d'autres termes, ils ne forment pas des espèces différentes d'un seul genre, mais constituent simplement des variétés du même animal, lequel (selon son siége, et suivant qu'on le trouve sur des animaux différents) est quelquefois retardé dans son développement, et, d'autres fois, devient plus large et plus arrondi. Il faut se rappeler qu'on rencontre des différences semblables dans d'autres epizoa, et même dans tout le règne organique. Les espèces, que ce soient des plantes ou des animaux, varient ordinairement suivant les localités; tantôt étant fortement développées, présentant une forme plus ample et des membres plus puissants; — tantôt entravées dans leur croissance, et (comme si cela était) sur un niveau plus inférieur de vitalité. On peut donc avec assurance appliquer ces lois à la mite de la gale, et affirmer sans hésitation que les diverses variétés décrites de

cet animal appartiennent à la même espèce, malgré leurs différences apparentes de forme et de volume.

Les acares qui infestent divers animaux inférieurs (et qui, ainsi que je l'ai établi, peuvent se communiquer d'eux à l'homme, et *vice versâ*), se trouvent invariablement entre les couches de l'épiderme, cette situation satisfaisant à toutes les conditions essentielles à leur existence. S'étant donc une fois caché dans la peau, un acarus n'a aucune tentation de quitter son sillon. Aussi comprend-on pourquoi on ne peut découvrir l'animal que dans la substance de l'épiderme, et jamais sur sa surface. Les tissus dans lesquels on rencontre vivantes les mites de la gale sont les strata les plus profonds de l'épiderme, près du rete mucosum et le rete mucosum lui-même. L'acarus est quelquefois solitaire, ainsi que c'est le cas pour la larve, la femelle pendant la mue et le mâle. Toutefois, dans la gale du chien ou celle des animaux inférieurs, et dans ce qu'on appelle « gale de Norvége », plusieurs femelles et larves sont en général réunies, accompagnées d'un seul mâle. Enfin, dans la gale ordinaire, on trouve habituellement les femelles dans des sillons spéciaux (appelés Milbengänge) qu'elles se font pour demeurer, et dans lesquels elles muent ou déposent leurs œufs.

Il faut bien admettre que c'est un travail long et ennuyeux que de rechercher des acares mâles, ou des larves isolées, ou des mites occupées à changer de peau. Pour y réussir, il faut examiner les petites papules ou vésicules que l'on peut voir dans le voisinage des sillons ou ailleurs. Sur le bord de ces papules ou vésicules on trouvera de petites élévations punctiformes; et l'on peut les enlever en introduisant avec soin un couteau à cataracte à deux tranchants, recourbé et non élastique, au-dessous de l'épiderme. Une autre très-bonne méthode est de couper l'enveloppe de la papule ou de la vésicule, avec l'épiderme environnant, à l'aide d'une paire de ciseaux de Louis, à lames minces. La partie enlevée est placée sous le microscope avec un grossissement de 50 ou 100 diamètres.

Chez les animaux atteints de la gale de chien, et chez les personnes affectées de la gale de Norvége, le moyen de trouver des acares vivants n'est pas de chercher, dans les couches épaisses ni dans les masses semblables à du cuir, des écailles épidermiques, mais de gratter au-dessous d'elles la surface humide et molle du rete mucosum avec un couteau comme celui dont je viens de parler. Il faut avoir soin de faire passer le couteau sous une certaine étendue de la surface et de placer sous le microscope tout ce qu'on a ainsi enlevé. De cette manière j'ai très-souvent réussi à ramasser sur le même verre plusieurs

acares femelles imprégnés, ainsi qu'un ou plusieurs mâles et des larves, et j'ai pu les voir se remuer sous l'appareil, de la manière la plus vive. Si, d'un autre côté, on examine dans ces cas les croûtes ou masses épidermiques, on n'y trouvera pas d'acares vivants, quoiqu'elles contiennent un grand nombre de mites mortes de chaque sexe, entières ou en fragments, outre des larves, des œufs, des coquilles et des fèces en abondance. Cela tient évidemment à ce que la couche sèche cornée de l'épiderme ne renferme aucune matière nutritive, et que les acares y périssent faute de nourriture.

La manière la plus facile, cependant, d'obtenir des spécimens de l'acarus est de chercher la femelle dans le sillon qu'elle se creuse pour elle-même. Chacun des sillons contient une mite femelle isolée, dont la tête est invariablement tournée vers le cul-de-sac, et l'extrémité postérieure vers l'entrée du passage. Les œufs sont rangés sur une ligne, les uns derrière les autres, à partir de l'extrémité postérieure de l'acarus en arrière. Je suis donc autorisé à affirmer que la mite femelle creuse son sillon simplement dans le but de se préparer une place sûre pour déposer les œufs qu'elle est sur le point de pondre. Gerlach, Bourguignon, Lanquetin, Fürstenberg et Gudden ont dit que la partie supérieure du terrier est percée d'ouvertures qu'on pourrait comparer à des puits, et que quelques personnes ont pensé être des soupiraux, tandis que d'autres ont supposé que l'acarus pouvait par là venir ramper jusque sur la surface de la peau. Dans le cours de mes recherches, qui s'étendent maintenant à plusieurs milliers de cas, je n'ai toutefois jamais rien vu pouvant confirmer cette assertion.

A l'aide de la méthode suivante, on peut voir un sillon entier sous le microscope. Pour cela, il faut d'abord ou laver soigneusement avec du savon et de l'eau la partie contenant le sillon, ou que le malade prenne un bain et se frotte avec du savon mou : le médecin devra alors fixer la surface de la peau autour du sillon, et couper ensuite tout l'épiderme qui le renferme, d'un seul coup, avec une paire de ciseaux de Louis. La meilleure partie à choisir pour cette petite opération est le pénis. Il est bien de commencer l'incision au cul-de-sac du sillon (celui occupé par l'acarus) et de diriger ensuite l'instrument vers l'orifice d'entrée ; car, sans cette précaution, la pression des ciseaux pourrait très-probablement faire sortir l'acarus. Les lamelles épidermiques ainsi enlevées seront placées entre deux plaques de verre, qui peuvent être légèrement pressées l'une contre l'autre ; et une fois cette préparation terminée, sans l'addition d'aucun liquide, on l'examinera au microscope avec un grossissement de 60 à 100 diamètres. Si l'opération a réussi, on verra en général

dans le sillon, outre l'acarus femelle, de dix à quatorze œufs, de nombreuses coquilles, et de petites fèces scybaliques noires. Très-souvent, en plus des œufs déposés dans le sillon, on peut en distinguer un autre dans l'acarus même, mais je n'en ai jamais découvert plus d'un, et certainement pas quatre, comme l'a avancé Bourguignon (1). Les œufs déjà pondus sont pour la plupart tout près de l'extrémité postérieure de l'animal, ayant chacun son grand axe perpendiculaire à celui du sillon.

Quant au développement de l'embryon de l'acarus scabiei dans l'intérieur de l'œuf, on est redevable de travaux importants à Éichstedt, Bourguignon, Gerlach, Leydig, Gudden, et Fürstenberg, qui, outre leurs simples recherches microscopiques, ont réussi à faire couver les œufs artificiellement. Leurs résultats, toutefois, ne concordent pas parfaitement; car, tandis que Gerlach fixe la période d'incubation de soixante-quatre à soixante-seize heures, Fürstenberg dit que le développement de l'embryon dans l'œuf prend environ six ou sept jours (2), et Gudden que quarante-neuf jours sont nécessaires pour la croissance de l'acarus, jusqu'au moment où il est imprégné.

Les observateurs ne sont pas non plus d'accord sur le nombre d'œufs que pond journellement la mite de la gale. Les opinions sur ce point varient beaucoup, quelques auteurs supposant que l'animal n'en dépose qu'un chaque jour, d'autres qu'il en pond au moins deux. Le nombre total que peut produire un seul acarus dans le cours de son existence est évalué à cinquante par Gerlach, qui a trouvé par expérience que des mites femelles imprégnées, qu'il plaçait sur la peau de

(1) J'attribue l'erreur de Bourguignon sur ce point à ce qu'il a vu un acarus adulte, *au-dessous* duquel il y avait trois ou quatre œufs. L'animal, notamment lorsqu'il est comprimé par une plaque de verre, est si transparent que l'on peut facilement supposer que les corps situés en réalité au-dessous de lui sont dans son intérieur.

(2) On n'a pas encore démontré par des expériences directes si la rapidité du développement de l'acarus est susceptible de modifications par suite de changements dans la température extérieure. Selon Fürstenberg, en effet, la gale éclôt plus lentement en hiver qu'en été, et la mite se multiplie avec une plus grande rapidité lorsque le temps est chaud, et se développe plus lentement quand la température est basse. Mais sur ces questions il n'y a pas d'autorité en dehors de l'opinion de Fürstenberg lui-même, et elles prêtent, aux points de vue théorique et pratique, à certaines objections. En premier lieu, il paraît important de remarquer que la température de la partie de la peau où se tient l'acarus n'est pas affectée à un degré prononcé par des influences extérieures, telles qu'on pourrait supposer qu'elles stimulent ou retardent le développement de cet animal. Car, comme tout le monde le sait, la mite pénètre aussi profondément que possible vers les tissus vivants du tégument, s'incrustant dans les couches les plus profondes du rete mucosum, tout près du stratum papillaire du derme, dans lequel la circulation est active et dont la température doit être celle du sang et par conséquent presque uniforme. En outre, si la chaleur était l'élément le plus essentiel exigé pour favoriser le développement de l'acarus, l'instinct de cet animal le pousserait assurément à résider dans ces parties de la peau qui sont chaudes, ou du moins dont la température est

personnes indemnes de gale, étaient encore vivantes après la septième ou la huitième semaine. Or, si l'on suppose qu'un œuf seulement fût déposé chaque jour par chacun de ces acares, le chiffre total s'élèverait à plus de cinquante. Jusqu'à présent, cependant, je n'ai jamais vu un sillon dans lequel il y eût plus de quatorze œufs, outre dix ou douze coquilles vides.

L'aspect de la substance contenue dans l'œuf varie suivant la période de développement atteinte par l'embryon. Dans les deux œufs les plus récemment pondus (qui se trouvent tout près de l'extrémité postérieure de l'acarus), quelques molécules seules font obstacle à la parfaite transparence de cette substance. Dans les deux œufs suivants, le troisième et le quatrième, elle est déjà plus sombre et plus opaque et ne remplit plus tout l'intérieur de l'œuf, de sorte qu'une *zona pellucida* apparaît graduellement. On peut alors apercevoir des masses de cellules jaunes réunies à la périphérie du contenu, et des dentelures indiquent déjà la position de la tête et des pattes de devant de l'embryon. Dans le cinquième et le sixième œuf les différentes parties de l'embryon sont plus ou moins visibles, la tête et les membres se distinguent parfaitement. Si le sillon contient plus de six œufs, ceux qui restent laissent voir des embryons complétement développés, dans lesquels on aperçoit même des mouvements. Enfin, dans le cours d'investigations répétées, on peut être assez heureux pour voir les jeunes acares sortir de l'œuf, se débarrasser de la coquille et commencer à s'agiter avec activité dans le sillon. Il n'a nul besoin de creuser une nouvelle voie vers la surface de la peau. Celle qu'a préparée l'acarus mère est encore praticable, et c'est probablement celle que suit la larve

toujours égale. On le trouverait dans l'aisselle, au pli du bras et dans toutes les régions où le tégument est mou Or, c'est précisément le contraire que l'on observe. Ainsi que tout le monde le sait, les parties les plus ordinairement infestées par l'acarus scabiei sont les mains, les pieds, le pénis, les fesses, et les surfaces dans le sens de l'extension des articulations; toutes parties qui sont particulièrement sujettes à avoir leur température abaissée.

Il m'est également impossible de confirmer l'assertion que l'acarus scabiei (et avec lui la gale) se généralise moins rapidement en hiver qu'en été; loin de là même, les mois d'hiver (décembre à février) sont justement ceux pendant lesquels j'observe à l'hôpital général le plus grand nombre de cas de scabies, tandis que durant les mois d'automne (août à octobre) ils sont le moins fréquents. De plus, il est certain que tenir la peau chaude (comme par exemple en restant au lit) ne favorise pas beaucoup le développement de l'acarus. Car lorsqu'un malade qui a la gale est obligé de demeurer au lit pour quelque affection fébrile de longue durée (telles que le typhus ou la pneumonie), la première maladie diminue toujours beaucoup d'intensité, si même elle ne disparaît pas complétement; mais pendant la convalescence, lorsqu'il peut sortir de son lit, et ensuite de sa chambre, et peut-être (bien que ce soit pendant l'hiver) reprendre son travail en plein air, la gale s'aggrave de nouveau, et quelquefois attire alors son attention pour la première fois, et le détermine à réclamer le conseil d'un médecin.

qui vient de naître. La jeune mite est toujours au début plus petite que l'œuf, mais elle augmente rapidement de volume. Après avoir quitté le sillon maternel, elle pénètre encore l'épiderme, dans l'intérieur duquel elle établit sa demeure jusqu'à ce qu'elle ait passé la première mue. Car chaque acarus change plusieurs fois de peau; et pendant ces transformations il est dans un état complet de rigidité, semble être tout à fait dépourvu de sensibilité, et par le fait paraît mort. Il est cependant possible de reconnaître qu'il est dans la période de mue, à ce que l'on peut voir les nouvelles parties à travers la vieille peau. Ainsi, derrière l'ancienne tête une nouvelle est visible; près de celle-ci on voit deux nouvelles pattes de devant, et près des anciennes pattes de derrière, de nouvelles. Durant sa première mue, la mite acquiert quatre pattes de derrière au lieu de deux, ce qui démontre qu'elle subit au moins deux mues : dans la première elle apparaît avec huit pattes, à la place de six qu'elle avait; tandis que nécessairement elle a huit pattes avant aussi bien qu'après le second changement de peau. On peut étudier de la manière la plus satisfaisante ce processus dans la variété de gale qui a été d'abord observée en Norvége, et que j'ai désignée sous le nom de *scabies norwegica;* et par conséquent je renvoie le lecteur à l'article publié sur cette forme de la maladie (1), et à la planche qui l'accompagne.

On a supposé que l'acarus éprouve une troisième et même une quatrième transformation. Je ne suis pas à même d'affirmer si cela est vrai ou non, car il m'a été impossible de disposer du temps nécessaire à une pareille recherche (quoique ayant cependant eu en mon pouvoir les éléments indispensables). Je suis donc obligé de me borner à citer les assertions des autres auteurs, notamment de Fürstenberg et de Gudden. D'après les observations de ce dernier écrivain, la mite, après sa première mue, a huit pattes, quatre poils et douze soies sur le dos. Lorsqu'elle a subi le processus de mue pour la seconde fois, elle a quatorze soies. Après le troisième changement de peau, elle en conserve la même quantité; si c'est une femelle; tandis que les mâles perdent deux de leurs soies, et n'en ont plus que douze. Il a également établi que quand un acarus a mué deux fois seulement, la soie située le plus en arrière de la rangée externe de chaque côté est plus petite que les trois autres qui se trouvent sur la même ligne. Mais Gudden lui-même admet que, malgré tout le soin qu'il a apporté à ses observations, il a pu s'y glisser une légère erreur sur ce point; et il

(1) « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte », 8 Jahrg., 1852, Band I, p. 390.

exprime l'espoir que, s'il en est ainsi, elle pourra être corrigée par des recherches ultérieures. J'avoue que je ne suis pas disposé à considérer une différence dans la grosseur des poils (qui ne saurait constituer un caractère essentiel de l'animal) comme une raison suffisante pour déterminer par combien de changements de peau un acarus a passé.

Je ne parlerai actuellement ni de l'appareil digestif, ni de l'appareil respiratoire, ni de la structure interne générale (1) de la mite de la gale; mais j'aborderai des sujets du plus haut intérêt au point de vue médical, telles que la description des organes génitaux et la manière suivant laquelle s'effectue probablement l'acte de l'imprégnation.

J'ai déjà indiqué les distinctions générales existant entre l'acarus mâle et le femelle. Toutefois, les auteurs ne sont pas d'accord sur la position exacte et la forme des organes génitaux. Suivant les observations de Gudden, la femelle possède deux vagins, — un (Begattungsscheide) par lequel s'effectue l'imprégnation, situé à l'extrémité postérieure de l'animal, entre la dernière paire de poils, et qu'on avait jusqu'à présent regardé comme l'ouverture anale, — l'autre (Legescheide) s'ouvrant à la surface de l'abdomen par un large orifice (qui est entouré d'un anneau formé de chitine), et servant au passage des œufs après leur formation. Les conclusions de Gudden par rapport à ces organes, toutefois, ne s'appliquent strictement qu'aux mites de fromage, sur lesquels (et non sur les mites de la gale) il a fait la plupar de ses observations. Mais il est convaincu que les mêmes dispositions se trouvent dans les deux espèces d'acares. L'organe sexuel du mâle, placé sur la ligne médiane, entre la paire interne des pattes de derrière, a la forme d'un fer à cheval, et repose sur un appui fourchu (Träger), consistant en une tige et deux branches. Les autres auteurs que j'ai mentionnés ci-dessus donnent plusieurs autres détails anatomiques et physiologiques sur le pénis du mâle de la mite de la gale; mais ils ne sont pas d'accord entre eux sur la structure de l'organe, ni sur son usage; car personne n'a encore réussi à surprendre le *sarcoptes hominis* durant l'acte de la copulation. Il y a quelques années, j'ai publié (2) une observation que j'avais faite dans un cas, mais que je n'ai pas eu depuis cette époque l'occasion de répéter. En cherchant des acares dans la peau humaine, j'en ai par hasard trouvé une paire ensemble, l'un

(1) Je renvoie ceux de mes lecteurs qui seraient désireux d'être renseignés sur ces points aux ouvrages souvent cités de Bourguignon, Fürstenberg, Gudden, Bergh et autres.

(2) « Beitrag zur Geschichte der sogenannten norwegischen Krätze » (« Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte », 9 Jahrg., 1853, Band II, S. 36).

couché sur l'autre. Un dessin qu'en fit le docteur Elfinger est joint à mon article dont je cite le passage suivant : « Ainsi qu'on le voit dans cette planche, on pouvait au premier coup d'œil croire que le plus petit acarus, ou le mâle, se trouvait contenu dans le plus grand, ou la femelle. Mais il était impossible qu'il en fût ainsi, car dans le plus petit les organes génitaux mâles étaient complétement développés, et de plus la mite de la gale n'est pas vivipare. Il était aussi très-facile de séparer les deux acares, et cette séparation se produisit même accidentellement par suite d'un malencontreux mouvement du microscope. Je pense donc qu'ils étaient dans l'acte de la copulation lorsque la mort les a surpris. Il faut admettre que la position dans laquelle on a trouvé ces acares était simplement accidentelle, car le pénis présentait sa forme habituelle et sa position ordinaire, excepté, il est vrai, qu'il paraissait légèrement plié vers le côté droit du mâle. Cependant, comme personne jusqu'à présent n'a observé l'acte de la copulation chez la mite de la gale de l'homme, et comme la position des deux acares dans ce cas m'a semblé être au moins douteuse, j'ai pensé qu'il pouvait être utile de le faire dessiner et de publier le fait. »

Dans les ouvrages que Gudden, Gerlach et Fürstenberg ont écrit depuis, on n'a pas considéré mon observation comme erronée. Ces auteurs citent simplement mon assertion, ou l'ignorent complétement. Personne jusqu'à ce jour n'a réussi à infirmer ou à confirmer que les deux acares que j'ai trouvés en contact se livrassent au coït. Cet acte, il est vrai, est décrit d'une manière tout à fait différente par les auteurs que je viens de nommer ; mais leurs opinions ne s'appuient nullement sur des observations contradictoires, mais simplement sur une prétendue analogie entre l'accomplissement de la copulation dans les mites de la gale et celles de fromage (Gudden), ou dans le *Symbiotes equi* (Gerlach).

Il est également douteux si l'acte de la copulation a lieu hors du cuniculus ou dans son intérieur. S'il était possible de démontrer que ceux que j'ai trouvés l'un sur l'autre se livraient à cet acte, le dessin auquel j'ai renvoyé ci-dessus pourrait aider à élucider ce point, car ils ont été pris dans un sillon contenant des œufs, et qui par conséquent n'était pas simplement un terrier pour la mue.

Quant à l'histoire naturelle et à la physiologie de l'acarus, ainsi que sa pathologie, ce serait une question du plus haut intérêt de savoir exactement combien de temps l'animal peut vivre, et quelle est le laps de temps pendant lequel ses œufs sont susceptibles de se développer,

même après qu'on les a extraits de la peau humaine. Mais jusqu'à présent on ne sait rien sur ces questions.

Il s'écoule sans doute quinze jours entre le moment où l'acarus quitte l'œuf jusqu'à celui où, ayant complété ses mues, il devient imprégné et est capable de pondre des œufs. Et, si l'on suppose que l'animal dépose en tout cinquante œufs, les pondant à raison de deux au plus et en général d'un seulement chaque jour, il en résulterait que la mite de la gale vit probablement environ deux mois. Les expériences et les observations faites par Albin Gras (1) et Raspail sur la mite de la gale de l'homme, et les recherches des chirurgiens vétérinaires Gurlt, Walz et Herwig au sujet des acares du cheval et de la brebis ont démontré d'une manière péremptoire que les différents acares de l'homme et des animaux inférieurs vivent de vingt à quarante jours, ou même plus longtemps, suivant qu'ils se trouvent placés dans des conditions favorables ou défavorables.

Il serait important aussi de pouvoir dire combien de temps les œufs de la mite de la gale, soit dans la peau, soit au dehors, conservent leur aptitude à un développement ultérieur. Mais, d'après ce que je sais, on n'a encore fait aucune expérience à cet égard, et l'on n'est assurément arrivé à aucune conclusion satisfaisante sur cette question.

Ayant donné, dans les paragraphes précédents, une esquisse rapide, mais aussi complète que le permet l'état actuel de la science, de l'histoire naturelle de la mite de la gale, je décrirai actuellement les phénomènes morbides qui sont produits par la présence du parasite et par sa multiplication dans la substance de la peau. Et, en premier lieu, j'exposerai ceux auxquels donne lieu l'acarus femelle adulte. Elle commence donc par pénétrer la couche cornée de l'épiderme, au travers duquel elle creuse son sillon de dehors en dedans, dans une direction plus ou moins oblique. Elle agit simplement dans le but de pondre ses œufs dans le passage qu'elle fait; et, afin de disposer une place pour eux, comme ils sont successivement déposés derrière elle, elle est obligée d'avancer en creusant au-dessous de l'épiderme. Ce processus continue durant toute la vie de l'animal, qui reste en mouvement, à un degré lent, dans la substance de l'épiderme. La conséquence nécessaire de ce travail est la formation, entre les couches de ce tissu, d'un passage que l'on peut comparer à une mine et que l'on appelle sillon ou cuniculus (Milbengang). C'est tout à fait une erreur de comparer ce sillon à l'égratignure que l'on peut faire avec la pointe d'une aiguille. La

(1) « Recherches sur l'acarus ou sarcopte de la gale de l'homme ». Paris, 1834.

seule manière de produire artificiellement quelque chose qui ressemble à un sillon, c'est d'introduire lentement une aiguille fine longitudinalement entre les couches de l'épiderme, de manière à creuser par le fait de la même façon que si cela avait été fait par l'acarus.

Le sillon présente des aspects différents, suivant sa longueur, la période de temps qui s'est écoulée depuis qu'il a commencé, son siége et les particularités individuelles de la personne chez laquelle on le trouve. En règle générale, le point par lequel l'acarus est entré peut facilement se distinguer de celui dans lequel il est couché au moment de l'observation. A ces deux points j'ai respectivement donné les noms de « tête et de « queue » (Kopf-und Schwanzende) (1). Adoptant ces dénominations, je puis dire que la « tête » (le point où la mite a commencé à creuser) est légèrement plus blanche, et est plus élevée au-dessus du niveau de la peau que « la queue ». Dans le dernier aussi on peut reconnaître l'acarus lui-même comme un petit corps, arrondi, nettement délimité, un peu plus profondément situé dans la substance épidermique. Tels sont les caractères présentés par des sillons qui existent sur la paume ou le dos des mains, les côtés des doigts (et aussi dans les plis qui se trouvent entre eux), les poignets, les surfaces dans le sens de l'extension des membres (notamment sur les coudes et les genoux), et, enfin, sur les orteils et les faces dorsale et plantaire des pieds, et (particulièrement chez la femme) le milieu de leurs bords internes, précisément là où le dorsum se continue avec l'excavation de la plante du pied.

Quelquefois, cependant, on observe à la « tête » ou même sous toute l'étendue du sillon, certains phénomènes particuliers, dont je crois nécessaire de donner une description plus complète. En premier lieu, l'irritation déterminée par l'acarus en pénétrant la peau donne fréquemment naissance à la formation d'une vésicule plus ou moins volumineuse, ou même d'une pustule, ou d'une bulle, à la tête du cuniculus. Et quand la vésicule est formée, elle occupe souvent toute la longueur du terrier en dessous, qui arrive ainsi à être à sa partie supérieure. Mais, même si toute l'étendue du sillon vient à être minée et soulevée par le liquide sécrété, l'acarus lui-même se tient toujours au delà de la vésicule ou de la pustule, et se trouve, pour ainsi dire, dans sa tangente. Le liquide sécrété se dessèche ultérieurement, et, ainsi que l'épiderme susjacent, se convertit en croûte qui, à mesure qu'il se forme de nouvelles cellules épidermiques, est finalement rejeté et expulsé.

(1) « Ueber die Krätze », « Med. Jahrbücher des öst. Staates », 1844, p. 287.

Or, dans cette croûte, il peut se trouver une portion du sillon primitif, avec les œufs et les jeunes mites qu'il contenait, mais jamais l'acarus mère, car cette dernière se tient toujours au delà de la circonférence de la vésicule ou de la pustule dont la croûte était formée. On ne rencontre jamais non plus l'acarus femelle dans l'intérieur d'une de ces vésicules ou pustules. Il en résulte qu'il est impossible, par des raisons *à priori*, de nier la possibilité de la transmission de la gale d'un individu à un autre par l'intermédiaire de croûtes (1); mais les expériences qui ont été faites dans ce sens ont rarement amené la propagation de la maladie (2).

Dans d'autres circonstances encore un sillon est situé sur une élevure rouge allongée, ou cime, et le long de son sommet on l'aperçoit sous forme d'une ligne blanche pointillée. On observe cette variété de sillon sur toutes les régions du corps chez les très-jeunes enfants, et notamment chez les enfants à la mamelle. Chez les adultes, on la trouve principalement sur le pénis, sur les parties des fesses qui supportent le poids du corps dans la position assise ou couchée, et (lorsque des sillons surviennent dans ces régions) sur le cou, les plis de l'aisselle, le mamelon, l'ombilic ou le tronc en général.

Il reste à indiquer une autre modification qu'affectent spécialement ces cuniculi lorsqu'ils sont anciens et d'une certaine étendue. Dans le cours du temps, la vésicule, bulle ou pustule, qui est formée à la «tête» du sillon, et en connexion avec lui, perd sa partie supérieure. Il en résulte nécessairement une rupture dans la continuité de l'épiderme, apparaissant comme une tache ovale rouge, entourée d'une ligne blanche, qui passe d'un côté ou de l'autre dans le cuniculus lui-même. De cette manière, le contour de tout le sillon ou du moins celui de sa « tête » arrive à ressembler à celui d'une cornue de pharmacien.

La longueur d'un cuniculus varie d'un millimètre à plusieurs centi-

(1) J'ai récemment trouvé que lorsque la gale se complique d'eczéma, les croûtes contiennent un nombre considérable de jeunes acares. On peut les découvrir en faisant bouillir les croûtes dans une solution diluée de soude caustique, qui détruit les corpuscules de pus et autres matières, laissant intacts les acares. En procédant ainsi, on a obtenu jusqu'à douze jeunes (à six pattes) acares (outre un certain nombre d'œufs, et de fragments de peaux provenant de mues) d'une quantité de croûtes suffisantes pour recouvrir la surface d'une pièce d'un franc. Il paraît probable que cette nouvelle manière de découvrir la mite de la gale facilitera beaucoup le diagnostic de ces cas difficiles dans lesquels la présence d'un eczéma intense était un obstacle à la constatation des symptômes ordinaires de la gale. (*Note de l'éditeur anglais.*)

(2) Suivant les assertions du docteur Schubert (« Berliner Centralzeitung », 1837, p. 42), il a réussi à transmettre la gale en inoculant avec du poison (Krätzgift) qu'on avait conservé pendant six mois. La seule manière d'interpréter cette affirmation est d'admettre que son « Kätzgift desséché », à l'aide duquel il obtint ce résultat, était en réalité une croûte, qui renfermait encore des œufs.

mètres. Le plus considérable que j'ai eu l'occasion d'observer mesurait plus de 10 centimètres, ou près de 4 pouces. La longueur moyenne est d'environ un demi-centimètre. La largeur ordinaire est de 0,24 millim.; il est impossible de déterminer la hauteur. La direction d'un sillon se rapproche en général plus ou moins de la ligne droite; mais quelquefois elle est serpentine, semi-circulaire, circulaire ou fléchie à angle; d'autres fois un cuniculus est traversé par un autre. L'aspect d'un sillon est aussi sujet à être modifié par une matière colorante quelconque qui s'est trouvée en contact avec la peau du malade. L'épiderme qui le recouvre ayant déjà été remué et brisé par l'acarus, est plus facilement pénétré par ces substances que celui d'autres régions; il en résulte des taches qu'on ne peut faire disparaître ni par le lavage ni à l'aide d'une friction mécanique. En réalité, plus la surface qui entoure un cuniculus est indemne de poussière, de saleté et de matières colorantes et plus le cuniculus paraît foncé et se montre d'une manière distincte. D'un autre côté, chez les personnes qui se lavent fréquemment, et enlèvent ainsi toutes les impuretés qui se trouvent sur la surface cutanée, les sillons produits par la mite de la gale sont positivement plus pâles que le reste de la peau, ou même parfaitement blancs. Ceux que l'on rencontre sur le pénis, les fesses, les coudes ou les genoux présentent presque toujours cette apparence.

Outre les sillons creusés par les acares femelles imprégnées pour recevoir les œufs qu'elles déposent, on découvre d'autres sillons plus petits; ils sont faits par les jeunes acares, lorsqu'ils abandonnent ceux où ils sont nés. On rencontre les sillons en question, soit dans de petites papules, soit dans de petites vésicules disséminées, où ils apparaissent comme de petits cuniculi, ayant la plus grande ressemblance avec ceux que j'ai décrits dans les paragraphes précédents.

II. — Phénomènes résultant des *grattages* du malade.

Les acares ainsi installés dans le tégument attaquent constamment les organes sensitifs qu'il contient, dans le cours de leurs mouvements qui ont pour but leur nourriture et leur propagation. L'irritation mécanique qui est ainsi infligée aux nerfs des papilles donne naissance à la sensation connue sous le nom de « démangeaison », et à son tour cette dernière provoque l'action réflexe qu'on désigne sous le nom de « grattage ». Or, suivant l'intensité de l'irritation, le

grattage est nécessairement plus ou moins énergique; et il n'est guère possible de se faire une idée exacte de la violence et (on peut presque dire) de la fureur avec laquelle se grattent les personnes qui sont atteintes de la gale, à moins de l'avoir eue soi-même, ou du moins d'avoir été souvent en contact avec des personnes affectées de cette maladie ou d'autres lésions prurigineuses. Je fais cette remarque préliminaire, parce qu'à ceux qui n'ont pas l'occasion d'observer par eux-mêmes il semblera peut-être impossible qu'un grattage avec les ongles soit suffisant pour donner lieu à des altérations de la peau aussi nombreuses et aussi variées que celles que je vais actuellement décrire.

En essayant d'énumérer dans un ordre régulier les phénomènes qui sont successivement produits dans la peau par irritation mécanique, je ferai d'abord observer que si l'on se gratte ou se frictionne doucement, il en résulte une rougeur dont la forme, la direction et les contours généraux sont immédiatement indiqués par le trajet des ongles eux-mêmes. La plupart des personnes se grattent en appuyant le pouce sur la partie, plaçant tour à tour les quatre doigts sur la surface de la peau, et les ramènent avec un mouvement de grattage vers le pouce. D'autres, sans fixer le pouce, promènent simplement leurs ongles sur le tégument. Mais, quel que soit le mode adopté, c'est seulement avec les quatre doigts, et jamais avec le pouce, que l'on se gratte; et, par conséquent, il en résulte, soit quatre lignes séparées, ou (si l'on recommence), une surface rouge qui est produite par la réunion de ces quatre lignes, et qui est en général de la largeur de la main qui y a donné lieu.

Quelquefois, cependant, à la place des raies ou points rouges, il se forme des élevures rouges (Quaddeln), ayant l'aspect de bandes. Chez certaines personnes on les voit survenir dès qu'elles commencent à se gratter, mais chez d'autres elles n'apparaissent que lorsque les grattages sont déjà effectués à plusieurs reprises. On a pendant longtemps connu et décrit dans les plus anciens ouvrages le phénomène en question sous le nom d'*Urticaria subcutanea*. On supposait même autrefois que les personnes chez lesquelles le grattage produisait des élevures étaient sous la dépendance d'une *acrimonia sanguinis* (Blutschärfe), qui était attirée sur la surface cutanée par le doigt durant le grattage, et donnait lieu à ce changement particulier dans la peau. Aujourd'hui on explique le phénomène d'une manière mécanique, que justifie pleinement cette remarque que, outre les ongles, diverses influences de nature traumatique, ou susceptibles de provoquer

l'inflammation, déterminent des formes artificielles analogues à l'urticaire.

Ces phénomènes prouvent que, même quoique l'épiderme reste tout à fait intact, on peut en se grattant provoquer des modifications importantes dans les couches les plus profondes du derme. Lorsque des élevures existent, il a dû certainement se faire une exsudation et une extravasation notables dans la peau; et c'est sans doute ce qui a lieu, même lorsqu'il ne se manifeste qu'une simple rougeur.

Apprécié à sa valeur propre, ce fait indique nécessairement la possibilité que des papules, des vésicules et même des bulles, peuvent résulter de la même cause, que leur contenu se convertit en pus, et par conséquent qu'il se formerait ainsi des pustules. L'expérience démontre que l'on observe dans la gale tous ces effets comme résultats du grattage. Il y a, toutefois, de grandes différences dans l'époque à laquelle apparaissent ces symptômes, ainsi que par rapport aux individus chez lesquels on les rencontre. Par exemple, lorsqu'un malade a continué de se gratter, la rougeur et les élevures qui se produisaient au début sont en général suivies par la formation, sur les mêmes points, d'une quantité de papules situées aux orifices des follicules pileux, et qui sont presque aussi grosses que des grains de millet ou de chènevis. Au lieu de disparaître promptement, comme les macules rouges qui les ont précédées, ces papules, qui constituent l'affection connue sous le nom de *gale papuleuse*, persistent pendant un certain temps. Leur développement, toutefois, ne diminue point la démangeaison à laquelle donne lieu le travail de creusement des acares, et le malade, en conséquence, continue nécessairement à se gratter. Or, lorsqu'il n'y avait pas de papules, les ongles attaquaient presque également tous les points avec lesquels ils se trouvaient en contact. Mais aussitôt qu'en se grattant il est survenu des papules, ces petites élevures offrent nécessairement une plus grande résistance que le niveau des espaces intermédiaires de la peau, et sont en conséquence particulièrement lésées par les ongles du malade, qui déchirent l'enveloppe épidermique du sommet des papules et exposent à l'air libre sur une plus ou moins grande étendue les papilles du chorion. La déchirure de ces papilles, et des anses des vaisseaux sanguins qu'elles contiennent, entraîne nécessairement une légère hémorrhagie du sommet de la papule, et ce sang se dessèche immédiatement sous forme d'une petite croûte noire. Telle est l'explication d'un phénomène qu'on observe très-souvent dans la gale.

Dans les changements morbides décrits jusqu'à présent, consistant

en une rougeur de la peau, et la formation d'élevures et de papules, accompagnées d'excoriations et de petites croûtes noires, nous avons les caractères ordinaires observés dans la majorité des cas de gale.

Maintenant il arrive habituellement qu'une personne atteinte de la gale est si tourmentée par le travail des acares (qui même dans cette variété de scabies peuvent être très-nombreux) qu'elle réclame immédiatement le conseil d'un médecin. Il n'en est cependant pas invariablement ainsi. Quelquefois elle attend jusqu'à ce qu'il se forme des pustules, de larges excoriations, ou même des ulcères recouverts de croûtes, tous phénomènes qui, bien que différents, sont néanmoins dus à la même cause qui produit les papules, c'est-à-dire à l'action des ongles.

Un point d'une très-grande importance par rapport aux symptômes morbides qui résultent de cette cause, c'est, outre leur forme et leur aspect, leur distribution dans certaines régions particulières du corps. Quelque remarquable et jusqu'à présent inexpliqué qu'il soit, c'est néanmoins un fait bien établi que, suivant la nature de la cause d'irritation, un homme se grattera dans différents endroits, et non point exclusivement, dans le point où existe ce qui donne lieu à la démangeaison. Par exemple, on sait que le *pediculus capitis*, lorsqu'il existe en grand nombre sur le cuir chevelu, excite la démangeaison par l'irritation des papilles qu'il produit, et pousse ainsi le malade à se gratter. Cependant on ne remarque pas que cette espèce de poux occasionne jamais des excoriations et d'autres changements morbides de la nature de ceux qui sont déterminés par une autre espèce, le *pediculus pubis*, quand il est logé entre les poils du pubis, de l'aisselle, de la barbe ou du tronc. Tout différents de ces deux-là sont les phénomènes produits par la présence d'une troisième espèce de poux, le *pediculus vestimentorum*, que l'on observe sur la nuque, le tronc et les membres de ceux qu'il infeste. De plus, il n'est nullement difficile pour un œil exercé de déterminer si, dans un cas donné, c'est à la présence de puces ou de punaises que le malade a dû de se gratter. En d'autres termes, tout le monde pourra, par la pratique, acquérir facilement l'art de conclure avec certitude de la forme et du siége des excoriations, à la cause spéciale de la démangeaison.

Or, les effets du grattage apparaissent dans la gale sur de tout autres régions du corps que celles que nous avons vues être le siége de l'irritation provoquée par les pediculi. Dans la gale, la surface antérieure du tronc et les cuisses sont les régions qui présentent les plus nombreuses excoriations. En règle générale, en effet, ces phénomènes sont

circonscrits à une localité parfaitement bien définie, limitée au-dessus par une ligne tirée d'un mamelon à l'autre, et en bas par une autre ligne s'étendant transversalement d'une cuisse à l'autre, à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen. Je ne veux cependant pas dire que dans la gale on ne rencontre *jamais* d'excoriations dans d'autres régions. Au contraire, chez les femmes et chez les enfants, ainsi que chez les hommes quand la maladie a persisté pendant un certain temps, les limites que j'ai indiquées sont dépassées de tous les côtés, et il arrive alors ordinairement qu'aucune partie de la peau n'est exempte d'excoriations. Mais même lorsqu'il en est ainsi, on trouvera que, *cæteris paribus*, l'espace compris entre les seins au-dessus et les genoux en bas est le siége d'excoriations plus prononcées et plus accusées que dans d'autres endroits. La partie antérieure du corps est également toujours plus violemment déchirée que la partie postérieure; et en particulier le dos lui-même ne présente en général aucune égratignure (1), ou tout au plus trouve-t-on des excoriations seulement sur les points de sa surface que le malade peut atteindre avec ses ongles. Il est aussi très-rare d'observer des excoriations sur le visage dans la gale; et si l'on ne savait pas que dans d'autres affections (notamment dans l'eczéma) les malades se grattent là sans pitié, on pourrait être porté à croire que la peau de la face n'est pas susceptible de la sensation de démangeaison (2).

Puis donc que la région comprise entre les seins en haut et les genoux en bas est spécialement choisie pour se gratter par les malades affectés de gale, on peut considérer avec raison la présence d'excoriations dans cette région comme un signe diagnostique de la maladie.

III. — Phénomènes produits, pendant que des acares vivants existent dans la peau, par l'action sur cet organe d'autres irritants de diverses espèces.

L'expérience démontre que, chez toutes les personnes qui ont été pendant longtemps infestées d'acares (ou, en d'autres termes, qui ont eu la

(1) Il y a lieu, ce semble, de faire une exception pour la pointe des fesses, région où le grattage détermine presque toujours, dans les cas quelque peu graves et anciens, des excoriations surmontées le plus souvent de larges croûtes. (A. D.)

(2) S'il n'y a pas de démangeaison à la face, c'est parce que les acares n'y existent pas : singulière exception sur laquelle le texte, si prolixe sur d'autres points, d'Hebra glisse, ce nous semble, assez légèrement. Témoin de la propension qui l'entraîne à l'explication physiologique minutieuse des phénomènes les moins importants, nous attendions avec impatience l'interprétation qu'il donnerait de cette curieuse particularité qui n'a, en pathologie, d'analogue que l'immunité de la même région contre la transmission par contact des chancres simples (chancrelles). (A. D.)

gale), il survient sur les parties du corps qui sont par une cause quelconque soumises à une pression ou à une friction, il survient, dis-je, des tubercules ou d'autres phénomènes dus à l'inflammation de la peau. On doit considérer ces tubercules, de même que les excoriations ci-dessus décrites, comme des signes certains de gale ; car dans aucune autre maladie on ne rencontre des phénomènes semblables occupant ces points de la surface cutanée.

Le premier exemple que je donnerai est celui d'hommes qui restent assis pendant longtemps sur des tabourets ou des bancs durs. Chez ces personnes, lorsqu'elles contractent la gale, il apparaît toujours sur les fesses, et exactement sur les points correspondant aux tubérosités ischiatiques, soit des papules ou des tubercules, soit des pustules et des croûtes. Sur quelques-uns de ces tubercules, dans la direction de leur grand axe, on peut voir des sillons; tandis que d'autres sont de simples élevures de l'épiderme, et ne renferment pas de parasite. Au nombre des ouvriers qui présentent ces phénomènes provenant de la cause ci-dessus indiquée, sont, par exemple, des savetiers, des tailleurs et des tisseurs; tandis que les charpentiers, les menuisiers et les maçons, qui tous travaillent debout et non assis, sont exempts de ces altérations, quelle que soit l'intensité de la gale dont ils se trouvent atteints. Une nouvelle confirmation de l'opinion dont je me suis fait l'avocat se rencontre chez les femmes qui se servent de courroies ou de ceintures, soit comme partie de leurs vêtements ordinaires, soit pour assujettir les objets qu'elles portent pendant leur travail. Lorsque ces courroies ou ces ceintures sont fréquemment portées et exercent une pression sur la peau, il en résulte la formation, sur les points malades, des tubercules décrits ci-dessus, avec ou sans sillons à leur sommet. Des effets exactement analogues suivent encore l'irritation occasionnée par l'emploi de bandages, de béquilles, ou par l'habitude de porter des jarretières, des ceintures, ou même des vêtements étroits de quelque espèce que ce soit. En outre, les modifications morbides qui sont ainsi produites dans la peau, et qui au début prennent la forme de papules ou de tubercules, sont sujettes à subir les mêmes transformations que les autres éruptions de gale.

Aussi quand la maladie a existé pendant un certain temps, les parties en question présenteront des vésicules et des pustules, qui comme les tubercules, doivent être, à cause de leur siége spécial, considérées comme caractéristiques de la gale.

Dans les paragraphes précédents, j'ai énoncé en détail comment sont produits les différents phénomènes morbides qu'on observe dans la

gale. J'ai montré que chaque groupe a des caractères qui lui sont propres. Et, enfin, j'ai établi que quand la maladie est complétement développée, les trois groupes de symptômes se présentent simultanément à l'œil de l'observateur.

Il reste cependant encore à mentionner une forme de gale qui a été récemment découverte et qui fut en premier lieu observée par Danielssen et Boeck chez des malades affectés d'éléphantiasis Græcorum, et dont ils ont les premiers donné la description dans leur ouvrage sur cette maladie (1).

Lorsque ce livre fut publié, MM. Danielssen et Boeck ignoraient jusqu'à quel point les caractères ordinaires de la gale peuvent être modifiés par la présence de l'énorme quantité d'acares que l'on trouve dans cette maladie. La description (2) qu'ils en donnèrent prouve que chez les personnes atteintes d'éléphantiasis la gale peut se compliquer d'eczéma diffus, de lichen et d'impétigo.

En avril 1851, toutefois, fut admise à l'hôpital de Christiania une femme chez laquelle le professeur Boeck trouva sur diverses parties du corps des croûtes d'une nature toute particulière. Ces croûtes, de 2 à 3 millim. d'épaisseur, d'une coloration gris verdâtre sale, adhérant intimement, avaient une dureté si prononcée qu'on les coupait comme de l'écorce, et que par leur présence elles empêchaient cette femme d'étendre les doigts. On les trouvait sur les surfaces palmaire et plantaire des mains et des pieds, ainsi que sur les faces dans le sens de la flexion des cuisses et des jambes, sur les fesses, les coudes, et en dernier lieu sur le cuir chevelu et derrière le cou. Lorsqu'on eut enlevé les croûtes, on trouva la peau sous-jacente rouge, humide et inégale. Les ongles des doigts et des orteils étaient convertis en masses rudes, épaisses, élevées, d'une coloration brun jaunâtre. Dans la première partie de « l'Atlas über Hautkrankheiten » de Boeck, il donne une reproduction exacte de ces croûtes, observées à la paume des mains et à la plante des pieds. Il paraît qu'il avait déjà vu deux cas du même genre, qui, différant de toutes les affections connues, avaient été considérés comme des exemples d'une maladie nouvelle et spéciale. Comme on n'a fait aucun examen microscopique de ces croûtes, leur véritable nature est restée nécessairement inconnue.

Dans le troisième cas, toutefois, qui fut observé (comme je l'ai dit) par Boeck, à Christiania, en 1851, cet auteur examina au micros-

(1) « Traité de la Spedalskhed, ou Éléphantiasis des Grecs », par MM. Danielssen et Boeck, 1848. Paris, J.-B. Baillière, traduit par L. A. Cosson.
(2) *Op. cit.*, p. 320.

cope quelques fragments des croûtes qu'on avait pris. Il constata alors que chacune de ces croûtes, soit qu'elles provinssent de la tête, du tronc ou des membres, contenait des quantités considérables de mites de la gale mortes, grandes et petites, ainsi que des œufs et des fèces. Les mêmes matières existaient également dans les ongles dégénérés, enlevés aux doigts et aux orteils.

Ayant été instruit de la découverte du professeur Boeck, et m'étant rendu personnellement compte de l'exactitude de ses assertions, pendant mon séjour en Norwége, en 1852, je publiai un court article sur ce sujet (1), dans lequel je donne à la maladie en question le nom de *Scabies norvegica Boeckii* (Scabies crustosa, Borkenkrätze).

A cette époque j'étais disposé à croire que cette variété de gale était probablement occasionnée par une espèce d'acarus différent de celle que l'on trouve dans la forme ordinaire de la maladie, et que les acares ne formaient pas des sillons définis, mais étaient disséminés d'une manière irrégulière au-dessous de l'épiderme, comme cela existe pour ceux qui infestent les animaux inférieurs. Il me semblait aussi qu'on les rencontrait dans les régions du corps recouvertes de poils, tandis que l'on sait très-bien que, dans la gale ordinaire, on ne trouve ces animaux et les sillons dans lesquels ils se tiennent que dans les parties qui ne sont pas recouvertes de poils.

Depuis l'époque précitée, cette affection a été observée par des médecins pratiquant dans d'autres pays que la Norwége. Le professeur Fuchs de Göttingen en a vu deux cas, le professeur Bamberger un dans sa clinique, à Würzburg, et le professeur Rigler un autre, à Constantinople. J'en ai également rencontré un cas dans ma clinique de Vienne, et le docteur Mittermayer en a vu un autre exemple à Funchal.

Or, l'examen des croûtes que l'on m'a gracieusement envoyées de diverses contrées (y compris Madère), et surtout de celles qui proviennent du malade confié à mes soins à l'hôpital général, m'a conduit à cette conclusion que l'acarus dans la *scabies crustosa* est en réalité le même que celui de la gale ordinaire. J'ai trouvé que lorsqu'on étudie la peau avec tout le soin nécessaire, on découvre un certain nombre de sillons sur différents points, et que c'est à tort que Boeck avait prétendu que dans cette variété de la maladie on ne rencontrait en général que des acares morts. Si l'on ne considère que les *croûtes*, cette assertion est incontestablement vraie; mais *au-dessous* d'elles, dans le stratum mou du

(1) « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aertze. Jahrgang, 1852, Band I, S. 390.»

rete musocum, il y a des acares vivants, des deux sexes, en nombre très-considérable, ainsi que des accumulations d'œufs, de larves et de fèces.

L'exposé suivant est un sommaire de ce que l'on sait jusqu'à ce jour de cette variété rare de la maladie. Dans des cas exceptionnels de gale, probablement par suite de la présence d'une très-grande quantité d'acares (notamment de mâles), on remarque, outre les caractères ordinaires de l'affection, des amas épidermiques, épais et semblables à du cuir. Ils recouvrent la paume des mains et la plante des pieds sous forme d'excroissances jaunes cornées (Schwielenartig). En même temps, les ongles subissent une dégénérescence, leurs lamelles se cassent, se racornissent et se détachent en partie des tissus auxquels elles devraient adhérer. Enfin, sur d'autres régions du corps, ainsi que sur la face, le pavillon de l'oreille et le cuir chevelu, surviennent des croûtes que l'on distingue de celles d'un *Eczema impetiginosum*, parce qu'elles contiennent des acares morts, des œufs, des fèces et d'autres débris de ces animaux.

Ceux qui auront eu l'occasion de voir un animal inférieur quelconque (et notamment des brebis, des chameaux ou des lapins), atteint de la gale de chien, remarqueront la ressemblance frappante qui existe entre cette affection et la forme de gale que j'étudie actuellement. Ils se rappelleront également qu'Alibert a décrit une *Scabies pecorina*, bien qu'il ait essayé de la distinguer, non par des caractères diagnostiques spéciaux, mais simplement par le fait qu'elle avait dû son origine à la contagion d'un des animaux inférieurs. Or, ainsi que je l'ai déjà établi, mon expérience m'a appris qu'il est sans doute possible de voir la gale se communiquer de cette manière ; et, en effet, c'est un cas assez fréquent. Mais dans des circonstances de cette nature je n'ai jamais rien observé d'extraordinaire dans la forme de l'affection, et certainement rien du tout qui ressemble à la *Scabies norvegica*. Aussi m'est-il impossible de considérer cette affection comme une *S. pecorina* dans le sens que lui attribuait Alibert. En outre Boeck a démontré expérimentalement que lorsque la gale norwégienne est transmise à une personne en bonne santé, les phénomènes produits sont ceux de la gale ordinaire. Il est donc évident que la maladie désignée sous le nom de *S. norvegica* est simplement une modification de l'affection, et non une espèce distincte.

Mais sa rareté a jusqu'à présent empêché de l'étudier d'une manière complète, et je suis obligé d'admettre que l'on ne doit pas regarder comme définitif l'état actuel de nos connaissances à cet égard.

Diagnostic. — Il est facile de reconnaître, à la description que j'ai donnée de la symptomatologie de la gale, que les caractères de cette affection sont, sous beaucoup de rapports, les mêmes que ceux de l'eczéma, puisqu'il est impossible, à ne considérer ces phénomènes qu'en eux-mêmes, de dire qu'ils sont produits uniquement par la présence des acares. On pouvait aussi, au lieu de regarder la gale comme une maladie distincte, la décrire simplement comme un eczéma artificiel, provoqué par la présence des acares et par des grattages (1). On trouverait également des arguments en faveur de cette opinion dans le fait que d'autres epizoa qui attaquent le tégument (tels que les diverses variétés de pediculi) donnent lieu à des éruptions eczémateuses, pourvues de caractères qui leur sont propres. Bien que j'admette tout ceci, je n'ai cependant pas rangé la gale au nombre des formes artificielles de l'eczéma, mais, suivant la classification ordinaire, je l'ai décrite comme une maladie distincte. Je l'ai fait en partie parce que j'ai désiré ne pas m'écarter de la méthode généralement acceptée de dénommer et de définir ces affections, en partie parce que dans la gale les manifestations eczémateuses ont une localisation définie, et présentent certaines particularités.

Or, en établissant le diagnostic différentiel entre la gale et l'eczéma, les phénomènes spéciaux auxquels je viens justement de faire allusion sont les seuls points qu'il soit nécessaire de remarquer, car les *sillons* (que j'ai déjà décrits en détail) étant caractéristiques de la gale, sont nécessairement une preuve absolue de l'existence de cette maladie. Personne n'ignore que l'éruption de la gale peut être papuleuse, vésiculeuse ou pustuleuse, et ce fait a été le motif de sa division en *S. papuliformis seu sicca, S. vesiculosa seu lymphatica*, et *S. pustulosa.* Et, bien qu'actuellement on n'attache aucune importance à ces variétés, il est admis du moins que, en réalité, on les rencontre. Mais, dans le cas où l'on demanderait si ces éruptions diffèrent des éruptions analogues qui s'observent dans d'autres affections cutanées, la réponse doit être

(1) Nous devons nous inscrire encore contre cette assertion, même émise, comme le fait ici Hebra, sous une forme hypothétique. Outre la présence des acares, un autre caractère spécialise encore la gale et empêche de la confondre avec toute autre dermatose; c'est la polymorphie des éruptions dont elle s'accompagne. Croûtes, papules, vésicules, pustules, plaques eczématoïdes, tout s'y trouve du moins lorsqu'elle existe à un certain degré d'intensité. Eh bien ! l'eczéma n'offrant point cette multiplicité de formes ne saurait se prêter à une telle fusion. Donc, en l'absence de toute constatation d'acares, on distinguera toujours aisément la gale, avec son apparence telle que nous venons de la rappeler, d'avec l'eczéma, affection qui ne s'allie avec aucune autre, et dans laquelle les diverses plaques, quels que soient leur siége, leur étendue ainsi que le degré d'irritation qui les accompagne, ont toutes la même apparence identique, le même aspect typique. (A. D.)

qu'elles ne diffèrent pas par leur *forme*, mais seulement par la *manière dont elles sont groupées*, et par leur *siége*. Par exemple, les petites papules rouges que l'on voit chez les malades atteints de la gale ne se distinguent pas individuellement de celles que l'on observe dans les eczémas; mais l'éruption papuleuse de la gale, comme ensemble, présente néanmoins un aspect spécial, en ce que les papules sont pour la plupart isolées et surviennent de préférence sur la partie antérieure du tronc et sur les surfaces dans le sens de la flexion des membres; et, enfin, en ce que tôt ou tard le malade les déchire en se grattant, de sorte qu'elles saignent et se recouvrent ainsi de petites croûtes noires.

De plus, il n'est pas possible de déterminer, d'après leur *forme*, si des vésicules remplies de sérosité ont été occasionnées par la présence d'acares (larves ou mâles) ou par l'action d'un irritant quelconque, tel que l'huile de térébenthine. Mais, puisqu'un acarus ne peut irriter, à lui seul, qu'une très-petite surface, tandis qu'une substance comme l'huile de térébenthine irrite une étendue considérable, les vésicules résultant de la première cause seront à un moment donné en petit nombre et isolées, tandis que celles dues à la seconde seront nombreuses et réunies en groupes. En outre, la présence de *quelques vésicules isolées* (vereinzelt) entre les racines des doigts et à la paume des mains, sur les orteils et à la plante des pieds, indique le scabies; mais lorsqu'il existe *beaucoup* de vésicules sur les mêmes parties, il est plus probable que l'on a affaire à un *Eczema vesiculosum*.

Ce que je viens de dire des formes papuleuse et vésiculeuse de la gale s'applique également à la variété pustuleuse. En tant que pustules, il n'en est aucune qui soit *caractéristique* de la gale; et cependant dans quelques cas le siége d'une éruption pustuleuse indique à première vue la nature de la maladie. Par exemple, dans la planche XLIII de l'ouvrage si souvent cité de Willan et Bateman, il se trouve dessinées des pustules et des croûtes que l'on dit appartenir à un *Ecthyma vulgare*. Or, quant à leur forme, il est tout à fait impossible de la distinguer de celles représentées dans la planche XLVI, qui est désignée sous le nom de *Scabies purulenta*, mais elles occupent, dans les deux cas, différentes régions de la surface cutanée.

Il m'est également impossible d'accepter l'opinion de Fuchs (1) et d'autres auteurs, qui font de la gale pustuleuse une espèce distincte, et lui donnent des noms spéciaux (*Psora microcarpa et macrocarpa*, *Serpigo*, *Psorhelcosis*); car les pustules de cette affection diffèrent de

(1) *Op. cit.*, p. 619.

celles des autres maladies par leur situation seule, et nullement par leur forme et la marche qu'elles suivent.

D'autre part, la gale n'a pas, pour ainsi dire, le *monopole* des pustules siégeant aux mains et aux pieds; elle partage cette propriété avec les eczémas et avec d'autres affections cutanées. Mais il n'en est pas moins vrai qu'une éruption pustuleuse abondante sur les mains, notamment chez les enfants, est plus fréquente dans la gale. En réalité, dans la majorité des cas, la règle est que l'apparition de pustules sur les doigts et les orteils, ainsi que sur les mains et les pieds, permet de soupçonner que le malade a la gale. On peut, toutefois, considérer une éruption pustuleuse comme réellement pathognomonique de la gale, lorsqu'elle a son siége sur les fesses d'un savetier, d'un tailleur ou d'une personne dont les occupations l'obligent à rester constamment assise pour son travail. Comme je l'ai expliqué ci-dessus, les parties de la région fessière correspondant aux deux tubérosités ischiatiques sont celles qui sont particulièrement sujettes à présenter des pustules et des croûtes dans de tels cas; ce sont en effet les points les plus directement affectés par la présence des saillies osseuses sur le tabouret ou le banc sur lesquels les malades s'asseoient. Puisque on ne voit jamais cette éruption pustuleuse chez les individus qui se tiennent debout ou qui vont et viennent, au lieu de rester assis pendant leur travail, comme par exemple chez les menuisiers ou les serruriers, ce n'est nécessairement que dans une faible proportion du nombre total des cas que l'apparition d'une semblable éruption peut avoir de l'importance comme signe de la gale. L'absence de pustules sur les fesses n'est donc pas une preuve que le malade *n'a* pas la gale; mais leur présence est néanmoins une preuve certaine et qu'il est atteint de cette affection, et également qu'il est assis pendant son travail.

Enfin, je ne dois pas oublier de mentionner les pustules, les croûtes, les excoriations profondes que l'on trouve, dans la gale, sur les membres, notamment sur les jambes au-dessous des genoux, et qui sont la conséquence des grattages. Elles ne sont cependant en aucune manière caractéristiques de la gale, car on en observe d'exactement semblables dans le prurigo et dans l'eczéma, et quand il existe des *pediculi vestimentorum*, ainsi que chez les malades qui ont été piqués par des punaises.

Pronostic. — D'après nos connaissances et notre expérience actuelles du cours de la gale, il est permis de dire que cette maladie est toujours curable, qu'elle ne met point la vie en danger et qu'elle n'altère jamais en aucune façon la santé du malade. En effet, nous pouvons

constater avec Hippocrate que « *Scabies turpitudo magis quam morbus.* » Dans bon nombre de régions montagneuses (comme, par exemple, le Salzkammergut, le Tyrol et la Norwége) on rencontre des individus qui ont la gale depuis leur première enfance jusqu'à la fin de leur vie, sans que leur santé générale en soit le moins du monde affectée. Et il en a été de même dans les cas observés jusqu'à présent de la S. Norwegica : l'affection a persisté pendant des années, et cependant le malade est resté parfaitement bien portant.

Nécessairement, la gale ne fournit aucune protection contre d'autres maladies. Un individu qui en est atteint est tout aussi exposé qu'un autre, qui en est exempt, à être attaqué d'une affection quelconque, générale ou locale ; et lorsqu'on observe cette coïncidence, on n'est nullement fondé à en conclure qu'il y a une connexion entre cette maladie-là et la gale. Pourtant, lorsqu'une affection grave, fébrile ou non, survient chez un malade qui est atteint de la gale, on remarque que les symptômes de cette éruption sont moins prononcés, et à la fin semblent disparaître complétement. Mais ce phénomène est probablement dû à la même cause qui fait que les pediculi abandonnent, laissant seulement leurs œufs adhérents aux cheveux, les individus très-gravement malades ; en partie aussi à cette circonstance que, dans des cas rebelles, la peau, devenant anémique, est dans l'impossibilité de fournir la même somme de nourriture aux acares, et que par conséquent ils périssent. Les œufs qui sont ainsi déposés conservent la propriété de se développer, et cette faculté reste latente jusqu'au moment où, la convalescence survenant, il se produit un afflux plus abondant de sang à travers les capillaires cutanés. Les « *métastases* » et les « *suites* » qu'on observait si fréquemment autrefois dans la gale, doivent être attribuées à des erreurs de diagnostic et à une observation défectueuse. Ainsi que je l'ai déjà bien des fois indiqué dans cet ouvrage, la disparition d'une dermatose chronique, lorsqu'il survient une affection générale aiguë, doit être considérée non comme la cause de cette maladie, mais comme sa conséquence, et il faut sans doute l'attribuer à l'état anémique de la peau qui existe à ce moment. Les véritables suites de la gale seraient les maladies cutanées qui sont provoquées, en partie par l'acarus lui-même, en partie par diverses causes mécaniques, tandis que le parasite existe encore. Ces modifications pathologiques de la peau persistent après la destruction des acares de la gale et de leurs petits par le traitement médical, et restent pendant un temps considérable, en tant qu'éruptions indépendantes, sous forme d'eczéma, d'impétigo, d'ecthyma, de serpigo, de

psorhelcosis, etc. — Pour moi, cependant, qui considère la gale simplement comme un eczéma engendré par la présence de l'acarus et par certaines causes mécaniques; pour moi qui ai démontré combien peuvent être variés les phénomènes de l'eczéma, et qui sais que les grattages déterminent non-seulement des excoriations, mais encore des pustules de différentes grosseurs et même des ulcères; pour moi, dis-je, ces éruptions ne me préoccupent nullement. Je sais à quelles causes, en réalité, elles sont dues, et je ne suppose plus qu'elles sont les produits (et en même temps les preuves) d'une maladie constitutionnelle, la dyscrasie psorique.

Anatomie pathologique. — Parmi les modifications tégumentaires que l'on observe dans la gale, quelques-unes sont occasionnées par l'acarus, alors qu'il cherche un abri dans l'épiderme et qu'il y propage son espèce; d'autres sont simplement des *éruptions* dues à l'exsudation de liquide et à son accumulation dans l'épiderme. J'ai déjà donné des premiers une description détaillée, en parlant de l'histoire naturelle de l'acarus scabiei; les dernières sont identiques à celles que j'ai décrites sous le titre d'anatomie pathologique, dans le chapitre sur l'eczéma. Ici il me reste seulement à indiquer la pathologie des phénomènes qui surviennent successivement par suite des grattages continus du malade.

Les stries rouges et les lignes élevées qui apparaissent en premier lieu et indiquent l'action des ongles du malade, semblent être la conséquence d'un état hypérémique des papilles; les papules et les élevures qui surviennent ensuite et les tubercules que l'on voit sur certains points (tels que le pénis, la région fessière et le creux axillaire) sont le résultat d'une exsudation séreuse sous l'épiderme. A mesure que cette exsudation va en augmentant de quantité, elle forme des vésicules et même des bulles; quand elle se transforme en pus, on a des pustules, et la coagubilité du pus explique suffisamment la conversion de ces dernières en croûtes. L'application réitérée des ongles, quand on se gratte avec force, détermine la destruction des vésicules et des pustules, ainsi que la lésion du derme et la production de ces pertes considérables de substance que l'on désigne en allemand sous le nom de krätzgeschwüre (ulcères de la gale).

Étiologie. — Comme on le sait généralement, les idées de nos ancêtres sur la cause de la gale différaient notablement de celles qui prédominent actuellement. Même longtemps après la découverte de la mite de la gale, la *diathèse psorique* jouait un rôle important dans les théories médicales; elle s'étala même en une hypothèse qui servit de

base à tout le système homœopathique. — Et, bien que je nourrisse la conviction qu'aujourd'hui l'idée d'une « dyscrasie scabiéique » est rejetée par tous les médecins scientifiques, je me sens néanmoins dans l'obligation, pour être complet, de dire quelques mots à ce sujet, ne serait-ce que pour fournir aux praticiens des éléments de résistance aux attaques de ceux qui se rattachent encore aux opinions plus anciennes.

Les auteurs qui soutiennent l'existence d'une *dyscrasia psorica* ont avancé à l'appui de leur théorie le fait que dans des cas de gale l'éruption, au lieu d'être limitée à des régions spéciales, est disséminée sur toute la surface cutanée. Et ils expliquent cette circonstance en prétendant que l'individu est imprégné d'un « poison scabiéique » (Krätzgift), et que les « produits morbides » existant dans le sang se déposent dans la peau sur différents points. Ils ont aimé à comparer, sous ce rapport, la gale aux exanthèmes, et notamment aux éruptions provoquées par la syphilis. Et lorsqu'il fut devenu impossible de nier l'existence de la mite de la gale, ceux qui étaient forcés de l'admettre faisaient encore valoir en faveur de l'ancienne théorie la grande disproportion qui existe entre le nombre des acares et l'importance de l'éruption.

En effet, tant qu'on n'avait pas donné une explication suffisante et péremptoire de l'origine de l'éruption dans la gale, et surtout de son abondance et de sa diffusion sur la surface cutanée, les partisans d'une dyscrasie avaient un certain avantage dans leurs discussions contre ceux qui soutenaient la théorie de l'acarus. Il devient donc utile de déterminer quelles sont les causes qui jouent le principal rôle dans la production des papules, des vésicules et des pustules que, dans cette affection, l'on trouve disséminées sur toute la surface cutanée.

Or, dans un paragraphe précédent, en parlant des symptômes de la gale, j'ai montré que les acares eux-mêmes ne donnent directement naissance qu'à une petite partie de l'éruption, cette partie comprenant seulement les papules et les vésicules produites par les jeunes acares, et les sillons creusés par les femelles adultes pour contenir les œufs qu'elles déposent; et j'ai aussi établi que dans la majorité des cas, on n'observe ces phénomènes que sur certaines régions, et notamment sur les mains et les pieds, le pénis, les fesses, etc. Mais le plus grand nombre, et de beaucoup, des changements pathologiques observés dans la gale sont provoqués par le malade, qui est forcé de se frotter et de se gratter énergiquement sur divers points par suite de la vive démangeaison à laquelle donne lieu l'acarus en pénétrant l'épiderme et en

creusant une galerie sous la peau. En un mot, *le malade* crée lui-même, *en se grattant*, la plus grande partie de l'éruption de la gale.

Dans l'intérêt de ceux qui, faute d'expérience, ne jugeront pas cette explication parfaitement satisfaisante, je veux énoncer ici une autre considération qui lui apporte assurément un appui énergique. C'est ce fait que la gale n'est pas la seule affection dans laquelle le malade possède le pouvoir d'engendrer diverses éruptions par le grattage; différents autres parasites et epizoa pouvant sous ce rapport rivaliser complétement avec la mite de la gale. Qu'on prenne, par exemple, le *pediculus capitis*. Cet animal, lorsqu'il infeste le cuir chevelu en quantité considérable, détermine une irritation incessante des papilles, qui pousse le malade à se gratter la tête, et par là il se forme des éruptions eczémateuses. On en voit encore des exemples plus prononcés chez les personnes qui ont dans leurs vêtements le *pediculus vestimentorum*, et chez les individus qui sont atteints de *P. pubis*. Les premiers déchirent avec leurs ongles la région cervicale postérieure, le dos et toutes les régions du corps autour desquelles des vêtements et du linge sont étroitement attachés de manière à retomber en plis. Les derniers, en proportion du nombre des pediculi et de la durée de leur existence, ainsi que du nombre de poils sur la surface cutanée, souffrent d'une démangeaison continuelle (1) qui les force à se gratter, et devient en conséquence le point de départ de la formation de nombreuses papules rouges, disséminées sur toute l'étendue du tégument. Les cousins, les punaises et les puces ne sont pas moins nuisibles pour la peau, et donnent justement lieu aux mêmes accidents chez ceux qu'ils attaquent. Lorsqu'on a affaire à des individus qui ont été pendant longtemps infestés de parasites et se sont ainsi trouvés dans l'obligation de se servir avec énergie de leurs ongles, si l'on n'avait pas une expérience préalable de ces faits, on serait sans doute disposé à attribuer à une dyscrasie, bien plutôt qu'à un simple grattage, les excoriations, les croûtes de sang desséché, et les pustules que l'on rencontre sur leur peau. Les descriptions que l'on a publiées d'une *pseudo-gale* (Scabies spuria, Pseudopsora, Prurigo pedicularis, Knesmus acariasis, Serpigo, Phthiriasis, etc.) ont été fondées sur des cas dans lesquels on s'est mépris sur les effets des grattages.

Or, si l'on compare entre elles les modifications tégumentaires que

(1) Ce mot *continuelle*, qu'Hebra a sans doute écrit pour *persistante*, nous donne l'occasion de rappeler que, pour les pediculi pubis comme pour les acari, l'*intermittence* de la démangeaison est, au contraire, un signe caractéristique, signe qui s'explique facilement par les mœurs et l'évolution du parasite. (A. D.)

l'on observe dans la gale et celles qui résultent de la présence des autres parasites ci-dessus mentionnés, on arrivera à conclure que, dans le premier comme dans le second cas, ce que l'on appelle éruption est simplement la conséquence des grattages. Car les apparences elles-mêmes sont presque identiques, et ne diffèrent que par leur siége. Il m'est, il est vrai, impossible d'expliquer actuellement pourquoi une personne infestée de l'un des epizoa, est obligée de gratter des régions jusqu'à un certain point définies, et particulières à chaque parasite. Mais néanmoins l'expérience m'a appris que dans tous les cas on peut, par les caractères et le siége des excoriations, déterminer avec certitude à quelle classe appartiennent les parasites qui en sont l'agent.

Je pense avoir démontré, dans les précédents paragraphes, que ce qu'on désigne sous le nom d'éruption de la gale est le résultat de l'irritation mécanique de la peau; et, pour tout ce qui a trait à cette question, j'ai réfuté les opinions de ceux qui supposent que la gale est causée par une dyscrasie.

Mais ceux qui appartiennent à l'ancienne école ont également affirmé que la gale peut produire des changements pathologiques dans d'autres organes aussi bien que dans la peau, et qu'elle alterne fréquemment avec des maladies internes.

Ce ne sont là que de vagues assertions dont on n'a jamais donné aucune preuve, et qui n'ont en réalité aucun fondement. Il me suffira, pour leur ôter toute force, de faire simplement remarquer que la gale survient le plus souvent chez de jeunes hommes forts et bien portants, appartenant à la classe ouvrière, et notamment chez ceux qui sont obligés par nécessité de dormir deux dans un lit, ou d'habiter dans des logements garnis ou dans des chambrées remplies de pauvres gens. Ce fait, d'ailleurs, suggère la véritable explication de la fréquence de la maladie chez ceux qui appartiennent à certaines professions, au nombre desquelles se trouvent celles de cordonnier, de tailleur et de tisseur. Ce n'est pas que dans ces occupations ou dans les habitudes de vie qui s'y rattachent nécessairement, il y ait quelque chose de spécial qui prédispose à la gale; mais cela tient sans doute à ce que dans certains états les ouvriers ont l'habitude d'habiter la maison de leur patron, et (faute de place) de coucher ensemble; tandis que dans d'autres métiers cet arrangement n'a jamais ou n'a que très-rarement lieu. A Vienne, ainsi que dans toutes les grandes villes, il y a de nombreuses classes d'ouvriers; quelques-uns logent chez leurs patrons, recevant des gages inférieurs en proportion; d'autres ne restent dans l'établissement du fabricant que le temps pendant lequel ils travaillent, louant

pour eux-mêmes des chambres dans lesquelles ils habitent et couchent seuls. Ces derniers fournissent une très-petite proportion de galeux; chez les autres, au contraire, la maladie est très-commune.

De plus, les femmes, quoique pauvres, possèdent en général des chambres à elles. Aussi sont-elles infiniment moins sujettes à la gale que les hommes de la même classe; il est même possible d'évaluer ce rapport à sept pour les hommes et un pour les femmes.

Les faits qui précèdent aboutissent à cette conclusion que la gale se développe principalement chez ceux qui se sont trouvés pendant quelque temps en contact intime avec des individus qui en étaient atteints. En d'autres termes, *elle naît par contagion.*

La contagiosité de la gale, en effet, n'a jamais été contestée, même par ceux qui soutenaient que la maladie a son origine dans une dyscrasie. Mais, jusqu'à l'époque de la découverte de l'acarus, on supposait que la contagion avait son siége dans le liquide des vésico-pustules; et, même lorsque l'acarus était déjà connu de bon nombre d'observateurs, on soutenait encore la même opinion; on supposa même que le principe contagieux était, non l'acarus lui-même, mais un liquide qui lui était adhérent ou qui se trouvait dans son intérieur.

Mais le résultat de l'expérimentation directe fut de démontrer que la sérosité provenant des vésicules ou des pustules de malades atteints de la gale n'a pas la propriété de communiquer la maladie, et que la seule manière de transmettre la gale est de placer des acares vivants ou des œufs sur la peau.

On avait cependant observé que lorsqu'on prenait, dans le but indiqué ci-dessus, des acares isolés ou même un cuniculus entier (contenant nécessairement un certain nombre d'œufs, outre l'acarus père et mère) qu'on enlevait et déposait sur la peau d'une personne en bonne santé, la gale n'en résultait pas invariablement. Quelques auteurs furent conduits par ce fait à supposer qu'il existait une prédisposition spéciale chez certains individus, prédisposition les rendant plus aptes que d'autres à contracter la gale. Aujourd'hui, pourtant, je pense qu'il n'en est pas ainsi : je crois que tout le monde peut offrir l'adaptation exigée par l'acarus scabiei, la seule condition nécessaire étant que l'animal soit imprégné et ait accès à la peau.

J'ai déjà démontré que ces faits s'appliquent à certaines classes d'ouvriers. On observe la même chose dans l'armée. En temps de paix, les soldats vivent sous de sages règles hygiéniques, et ne sont que peu sujets à la gale. Mais en campagne ils sont entassés ensemble par milliers, et il ne leur est pas possible de se laver d'une manière conve-

nable, ni de nettoyer leurs habits. Ces conditions sont nécessairement favorables au développement de la mite de la gale, et même de tous les autres épizoa qui infestent la peau humaine; et par conséquent, dans de telles circonstances, voit-on la gale se propager.

L'expérimentation fournit aussi une preuve à l'appui de ce fait. Car, même lorsqu'on n'a pas réussi dans un premier essai en plaçant des acares sur la peau d'un individu, des tentatives ultérieures réussiront tôt ou tard. On a, en effet, supposé qu'il était nécessaire qu'il y eût une prédisposition spéciale de la part du malade, ou (comme l'a dit Wichmann) les exhalations de la peau du malade peuvent être plus ou moins agréables, et sont parfois tout à fait antipathiques à l'odorat ou au goût de l'acarus.... Dans mon opinion, cependant, les insuccès que l'on observe quelquefois sont dus plutôt à cette circonstance que les acares de la gale employés étaient tous du même sexe, et le plus probablement exclusivement des femelles. J'ai, par exemple, souvent échoué lorsque j'ai simplement placé des femelles imprégnées sur la peau en différents points, bien que j'eusse positivement vu les insectes pénétrer l'épiderme. Il est, en effet, quelquefois arrivé que même lorsque les acares avaient creusé des sillons, ceux-ci néanmoins s'étaient effacés, les mites elles-mêmes avaient péri, et il n'en était résulté aucun symptôme de gale. D'un autre côté, lorsque j'avais employé un cuniculus entier, enlevé avec les ciseaux d'un malade atteint de la gale, il est survenu graduellement de petites vésicules et pustules chez l'individu sur la peau duquel j'avais déposé le cuniculus; au bout de quelques jours, on avait découvert des sillons, et, enfin, tous les symptômes de la gale avaient fait leur apparition. Je répète donc que, selon moi, le succès ou l'insuccès des tentatives faites pour transmettre la gale par le moyen de l'acarus ne dépend nullement d'une prédisposition de la part du malade, et que la seule condition indispensable à la propagation de la maladie selon ce mécanisme est d'employer des acares des deux sexes, de sorte que la reproduction puisse s'opérer entre eux.

Je suppose donc comme établi parfaitement et d'une manière incontestable que l'acarus est la cause de la gale. Mais j'ai encore à traiter certaines questions qui ont de très-grands rapports avec la théorie de la maladie. Je les pose ainsi : — Comment, dans les circonstances ordinaires, l'acarus scabiei arrive-t-il à la peau de l'individu? Cette mite infeste-t-elle le tégument de l'homme seul, ou s'observe-t-elle aussi dans celui des animaux? Combien de temps peut-elle vivre dans des vêtements, des meubles, etc., éloignée de son hôte? Les œufs peuvent-ils communiquer la gale? Pendant combien de temps ces derniers con-

servent-ils le pouvoir de se développer? Et enfin, quelles réflexions suggère ce fait que la présence d'acares dans la substance de la peau occasionne la gale?

Or, bien qu'il me soit, pour le moment, impossible de donner des réponses précises et certaines à toutes ces questions, je m'efforcerai cependant d'appliquer mon expérience à la solution tout au moins de quelques-unes d'entre elles.

En premier lieu, on doit remarquer que l'acarus scabiei trouve chez son hôte de la nourriture, un abri, et, par le fait, toutes les conditions nécessaires à son existence et à la propagation de son espèce. Aussi est-il permis de supposer que, quelque nombreux qu'ils soient (même, par exemple, dans la gale de Norwége), ils ne quitteront pas volontairement et sans nécessité leur demeure et ne feront pas de longs voyages dans le but de chercher avec difficulté, et sur un nouveau sol, ce qu'ils sont à même de se procurer si abondamment et si facilement là où ils se trouvent. Les uns, ils est vrai, ont affirmé que l'insecte de la gale est une espèce de bête de proie nocturne, « qui profite de la nuit pour chercher à se livrer au pillage sur différentes parties de la peau, retournant pendant le jour dans le sombre passage qui lui sert de retraite. » Certains auteurs modernes soutiennent une opinion identique ; ils affirment que durant la nuit l'acarus quitte son sillon au moyen d'ouvertures qu'il pratique lui-même à la partie supérieure. Gerlach et Aubé, en outre, l'appellent un insecte nocturne (Nachtthier), et Bourguignon et Lanquetin disent avoir toujours cherché la mite de la gale pendant la nuit.

Or, ainsi que je l'ai établi ci-dessus, j'ai examiné plusieurs milliers de cuniculi, mais je n'ai jamais jusqu'à présent vu de semblables ouvertures à la partie supérieure; et, par conséquent, il m'est impossible de partager la manière de voir fondée sur leur présence. De plus, pour les raisons que j'ai expliquées dans les paragraphes précédents, je ne vois pas pourquoi l'acarus abandonnerait son sillon la nuit, et ferait des excursions simplement pour son plaisir, rôdant sur les diverses parties de la surface cutanée.

Et même la présence constante de l'acarus femelle adulte dans le cul-de-sac du cuniculus, et dans une position indiquant une tendance à le prolonger plus loin, me semble prouver que l'animal n'abandonne jamais volontairement son sillon. Il est vrai que les jeunes acares qui viennent de sortir de l'œuf, et ceux qui pour faire leur mue ont quitté leur première demeure et sont sur le point d'en chercher une nouvelle, errent pendant un court espace de temps sur la surface cu-

tanée. Mais même ceux-ci, comme personne ne l'ignore, se hâtent de chercher des abris au-dessous de l'épiderme. Or, il est certainement admissible qu'un acarus qui serait sur la peau dans ce but, ou afin de compléter l'acte de copulation (acte que personne jusqu'à ce jour n'a vu accomplir), puisse passer d'un individu à un autre; mais on ne l'a jamais constaté.

D'un autre côté, il arrive très-souvent qu'on trouve un cuniculus en grande partie détruit, des fragments plus ou moins considérables étant en réalité enlevés. L'expérimentation directe a démontré qu'à l'aide des ongles, et sans employer une violence particulière, il est facile d'extraire des acares adultes de leurs sillons, et même d'enlever avec les doigts de petites parcelles d'épiderme contenant les sillons eux-mêmes, avec les œufs et les mites qu'ils renferment. Puisque alors la violente démangeaison à laquelle la gale donne lieu oblige le malade à se gratter continuellement et énergiquement, souvent sur les points mêmes où existent des sillons, il semble juste d'en conclure que c'est par l'intermédiaire des ongles que les acares sont transportés d'une région à une autre, ainsi que sur la peau de tout individu qui reste assez longtemps en contact avec lui (1).

En outre, il ne faut pas perdre de vue que le liquide séreux ou puriforme qui se développe au-dessous des sillons, se dessèche avec l'épiderme contenant les sillons eux-mêmes, sous forme de croûtes. Celles-ci peuvent donc contenir et contiennent souvent des œufs d'acares de la gale. Par conséquent il est au moins possible que ces croûtes et d'autres fragments épidermiques détachés naturellement soient susceptibles de transmettre la gale (2).

(1) Hebra veut-il dire par là que le galeux contagionne l'homme sain, en le grattant? Ce serait assez singulier : n'a-t-il pas assez à faire de se gratter lui-même, sans aller, à l'instar de Panurge, *gratter où rien ne démange?* (A. D.)

(2) Cette question de *grattage mutuel* nous amène à rechercher comment s'opère, cliniquement, la transmission de la gale d'individu à individu, problème encore fort obscur et dont Hebra semble avoir redouté les difficultés, tant, malgré son tempérament d'investigateur infatigable il évite de l'approfondir. Il n'y a que fort peu à compter, pour la solution de cette question, sur les explications des malades; car tous à l'envi, en entrant dans votre cabinet, s'écrient : « Et dire que je ne sais où diable j'ai pu attraper ça ! » Ce à quoi je ne manque jamais de répondre : « Très-croyable, ma foi; car si vous aviez su où ça peut se prendre, du diable, n'est-il pas vrai, si vous vous y seriez exposé ?..... »

En éclairant leurs souvenirs, toutefois, on arrive ordinairement à quelque chose de plus précis; on arrive à constater que, huit ou dix jours avant le moment où l'éruption est apparue chez lui, l'individu avait passé la nuit avec une personne, le plus souvent de l'autre sexe; je dis *la nuit*, pas le jour.

Rapprocher de ce fait d'observation cet autre non moins constant que le moment où la démangeaison que cause la gale est la plus forte est aussi la *nuit*.

Si, maintenant, vous scrutez les mœurs probables de l'acarus, vous conclurez que,

J'ai maintenant à expliquer comment il se fait que l'acarus, lorsqu'il a pénétré l'épiderme d'un individu, donne naissance à tous les phénomènes qui constituent cette affection.

Or, l'abondance de ce qu'on appelle éruption dans la gale, relativement au nombre d'acares que l'on découvre, a poussé quelques personnes, même de celles qui sont enrôlées parmi les partisans de la théorie parasitique de la gale, à supposer que soit les acares, soit leurs œufs ou leurs excréments pénètrent dans le sang, et déterminent un changement dans sa composition, conduisant à la formation de dépôts dans le tégument et donnant ainsi naissance à l'éruption papuleuse, vésiculeuse ou pustuleuse que tout le monde connaît. Cette hypothèse cependant n'a jamais été vérifiée par des faits. On n'a jamais retrouvé dans aucune partie du corps ni les acares ni leurs produits, excepté sur la peau et sur certains points des membranes muqueuses, là où elles se continuent avec la peau (1). En effet, parmi les personnes ayant vu l'acarus de la gale et ses œufs, il n'en est aucune qui soit capable de supposer qu'ils peuvent être absorbés dans le sang et transportés dans le torrent circulatoire, vu que leur diamètre est beaucoup plus grand que celui des vaisseaux capillaires. La notion en question n'est donc qu'une idée creuse de théoricien, développée dans le silence de l'étude. Tant qu'on a cru que l'éruption de la gale, comme celle des exanthèmes et de la syphilis, était le résultat de certaines modifications dans le sang et d'exsudations

comme tous les épizoaires et surtout les entozoaires, il ne quitte pas volontairement, pour passer chez un autre individu, celui sur lequel il a établi son domicile, sa famille et ses habitudes. A l'instar de beaucoup d'autres, il ne devient nomade qu'à son corps défendant; en d'autres termes, il faut, pour déménager, qu'il y soit forcé. Or, qui est-ce qui peut l'y forcer?..... Le grattage seul.

Voici donc comment les choses, très-probablement, se passent. Un galeux se gratte la nuit, dans son lit. Par l'action des ongles il déchire le toit des sillons, et par là fait sortir peut-être quelques acares vivants, — ce qui est douteux, — mais certainement des œufs. Ces œufs expulsés, épars sur les draps, éclosent; et au moment où ils sont transformés en jeunes acares, il n'y a pas de raison pour que, guidés par leur instinct de parasites à la découverte d'un habitacle vivant, humain, ils le cherchent exclusivement sur le galeux plutôt que sur son camarade de lit. Ils infestent donc celui-ci de même qu'ils vont réinfester celui-là. Et voici la contagion opérée.

Donc, pour pouvoir contracter la gale, il faut avoir passé un certain temps dans un lit où un galeux couche ou a couché, c'est-à-dire séjourné la nuit.

Remarquons à quel point cette conclusion tirée de l'étude acaro-physiologique concorde avec celle que nous dicte l'observation vulgaire, — qui nous enseigne l'innocuité des contacts accidentels diurnes, la gravité des contacts prolongés nocturnes, qui apprend aussi la fréquence des cas de gale contractés pour avoir couché dans des draps qui avaient servi à un galeux, — et nous pourrons croire avoir rempli la lacune laissée jusqu'ici par tous les traités, même les plus spéciaux de dermatologie, en formulant la théorie de la transmission clinique de la gale. (A. D.)

(1) Il m'est une fois arrivé de trouver un très-beau sillon dans l'urèthre d'un homme, à une ligne environ de son orifice. Ce sillon contenait un acarus et huit œufs. J'en ai donné la description, avec un dessin, dans la « Zeitschrift d. k. k. Gesellschaft der Aerzte », 8. Jahrg., Band 1, p. 390.

de cet organe, le seul rôle qu'il fût possible d'attribuer à l'acarus était celui d'empoisonner le liquide circulatoire. Mais puisque j'ai démontré que cette éruption est la conséquence des grattages (1), tout ce qu'il reste à expliquer est ce fait que les acares, bien que se trouvant seulement dans certaines régions, produisent néanmoins de la démangeaison ailleurs et même sur toute la surface tégumentaire, et par conséquent portent le malade à se gratter sur une très-grande étendue.

Or, ma manière de voir à cet égard est complétement exposée dans l'article sur la gale auquel j'ai renvoyé ci-dessus, et puisque je soutiens toujours les mêmes opinions, je ne puis mieux faire que de citer le passage qui y a trait.

« A l'égard de cette question », écrivais-je, « l'expérience enseigne que des irritants appliqués localement sur la peau, même pendant peu de temps, donnent souvent lieu à des affections répandues sur de larges surfaces, ou même sur toute la peau. Il est facile de l'observer, par exemple, chez des individus (tels que serruriers, boulangers et cuisiniers) dont les occupations journalières les exposent à la chaleur d'un foyer. Chez ces personnes il arrive souvent que cette chaleur n'agit directement que sur certaines parties du corps; mais néanmoins on remarque que diverses éruptions auxquelles ils sont sujets (appartenant à la variété connue sous le nom d'*eczéma artificiel*), ne sont nullement limitées à ces parties exposées, mais attaquent aussi celles qui en sont éloignées. De même aussi chez les personnes dont la peau est délicate, on voit fréquemment survenir une éruption *générale* de papules, de vésicules ou de pustules par suite de l'application *locale* d'un onguent contenant du soufre, de la potasse, de la soude, de la chaux, de l'émétique tartarisé, d'une solution alcoolique de cantharides, d'arnica, de *spir. formicarum*, employés dans un but thérapeutique à titre d'épispastique. On a également observé des cas dans lesquels un érythème considérable ou même une dermatitis a été le résultat d'un vésicatoire, de l'action de la moutarde ou du levain sur la peau, ou même d'une simple lésion de l'épiderme ou d'une légère plaie du derme. Tout le monde sait combien les tubercules et les élevures surviennent facilement chez quelques personnes, à la suite de l'emploi d'une pommade ou d'un emplâtre (tels que l'*ung. resinæ* ou le *emp. elemi*) contenant de la résine, ou après des onctions ou des frictions

(1) Il y a dans l'original une espèce de jeu de mots qu'il est difficile de reproduire exactement en français. On désigne sous le nom de *Krütz*-efflorescenzen les papules, les vésicules, etc., de la gale (*die Krätze*). Et le professeur Hebra dit que puisqu'elles sont provoquées par le grattage (*das Kratzen*), on devrait plutôt les appeler *Kratz*-efflorescenzen. (A. D.)

faites sur la peau avec quelques corps durs, ou, enfin, par suite des piqûres de cousins, de puces, de punaises ou d'autres insectes. Or, dans ces conditions, les élevures et les tubercules, au lieu d'être circonscrits aux points directement atteints, se manifestent également sur des régions qui en sont éloignées. »

De ces faits, il est permis de conclure que divers agents irritants appliqués localement sur le tégument ont la propriété de provoquer une démangeaison de toute la surface cutanée, et des éruptions de différente nature (1).

Un autre point qui paraît digne d'être noté, c'est que, pendant que l'on gratte une partie, quelque autre commence en général à démanger, et appelle de nouveau l'emploi des ongles. Les Français disent : « *L'appétit vient en mangeant* »; et l'on remarque certainement que, à mesure qu'un malade se gratte, le désir de se gratter devient plus urgent.

Mais à quelle cause doit-on rapporter la préférence que certaines régions présentent pour les grattages? Si l'on cherche une réponse à cette question, on n'est nullement aidé par l'analogie des autres affections cutanées, occasionnées par les epizoa et accompagnées de prurit. Car il est parfaitement naturel que des individus ayant des *pediculi* dans les cheveux se grattent la tête et déterminent ainsi des affections eczémateuses locales; et il est également facile de comprendre pourquoi ceux qui sont infestés de nombreux *pediculi vestimentorum* se déchirent la peau derrière le cou, autour de la taille, aux poignets, et même sur tous les points où les vêtements sont disposés en plis et étroitement serrés. Car on sait très-bien que la dernière espèce de *pediculus* habite dans les replis du linge et des autres vêtements; et, comme il lui est naturellement agréable d'étancher sa soif pour le sang sans aller plus loin qu'il n'est nécessaire, il pique et irrite les parties adjacentes de la peau. D'un autre côté sa victime essaie de se débarrasser de son ennemi en se grattant les mêmes points.

De même, aussi, lorsqu'une vive démangeaison est provoquée par le *pediculus pubis*, le malade est, sans doute, obligé de se gratter sur divers points, selon le nombre des *pediculi* et l'étendue de la surface

(1) Ceci constitue ce que, au palais, on appelle une *considération*, et non une *preuve*. La généralisation de l'éruption, dans la gale, est la règle, règle qui se confirme invariablement chez tout individu dont la peau donne asile à l'acarus, tandis que, quant à l'éruption due à un emplâtre résineux, son extension aux régions voisines, et surtout à la totalité ou presque totalité du corps, est une véritable exception, un fait qu'on n'observe guère, — dirons-nous, dût ce mot faire sourire le professeur Hebra — que chez les sujets *prédisposés*. (A. D.)

infestée par eux; mais les régions attaquées par les ongles sont surtout celles qui sont recouvertes de poils. Et lorsqu'un individu est piqué par un nombre suffisant de puces ou de punaises, on trouve les excoriations sur les points directement irrités par les insectes en question, et, en réalité, surtout aux extrémités. En un mot, on observe que dans chaque cas les excoriations produites par les grattages, comme une conséquence de la présence de l'un de ces epizoa, surviennent dans le voisinage des régions infestées par le parasite, ou sur les parties qu'il attaque directement.

Mais, ainsi que je l'ai déjà démontré, il n'en est pas ainsi dans la gale. Les principales régions occupées par l'acarus sont les mains, les pieds, le pénis et les points (tels que les coudes, les fesses et les genoux) qui sont exposés à des pressions. Mais on rencontre les excoriations résultant des grattages du malade non sur ces parties, mais principalement sur la poitrine, l'abdomen et les cuisses, dans un espace qui, en règle générale, est limité en haut par une ligne allant d'un mamelon à l'autre, et en bas par une autre ligne se rendant d'un genou à l'autre. Dans une gale intense, la peau des jambes, celle des bras et des avant-bras peut, il est vrai, être excoriée sur une certaine étendue; mais, même alors et invariablement, la face et le dos restent tout à fait indemnes d'excoriations.

Or, la seule explication que je puisse donner de ces faits remarquables, c'est la convenance et l'accessibilité aux mains (das zur Hand-Sein) des régions qui sont ainsi choisies par les malades atteints de la gale pour se gratter dans le but d'atténuer la démangeaison. Cela se passe comme si le malade tourmenté par l'acarus n'était pas (ainsi que cela arrive pour les personnes infestées d'autres epizoa) suffisamment informé par ses sensations des points sur lesquels il est attaqué par son ennemi. Il éprouve seulement un prurit général, et par conséquent les parties qu'il gratte le plus souvent sont celles qu'il peut le plus facilement atteindre et sans trop de dérangement (1).

Un point que l'on peut indiquer comme venant à l'appui de cette manière de voir, est que la limitation des effets des grattages à la région comprise entre les reins en haut et les genoux en bas se rencontre principalement chez les hommes, et notamment chez ceux qui pendant leur travail journalier ne portent pas d'autres vêtements que leur chemise et leur caleçon. Pour les femmes et les enfants, le siége des excoriations

(1) Explication trop facile pour contenir toute la vérité. Est-il une région plus à découvert, plus à la portée incessante des mains que le visage?..... Pourquoi donc le galeux ne la gratte-t-il jamais? (A. D.)

n'est point ainsi circonscrit. En effet, chez les femmes, elles s'observent particulièrement à la poitrine, dans les replis axillaires, et elles font le tour de la taille, en forme de ceinture, juste au point où s'attachent les jupons. Elles sont aussi très-nombreuses sur les membres inférieurs, qui sont plus accessibles aux ongles par la manière dont les femmes s'habillent. Enfin, les enfants (et surtout ceux à la mamelle) qui ne portent que peu de vêtements et sont souvent déshabillés, se grattent indistinctement toutes les régions du corps, mais nulle part aussi vivement que les adultes. Chez ces petits malades, on ne trouve par conséquent pas d'excoriations comme celles dont je parle actuellement; mais à leur place on observe sur tous les points du tégument des éruptions de diverse nature et (comme je l'ai déjà dit) des sillons situés sur des tubercules oblongs et rouges.

Je répète, toutefois, que je regarde cette opinion comme une simple hypothèse que j'émets seulement, parce que je suis dans l'impossibilité d'expliquer autrement ces faits d'une manière plus satisfaisante. Je serais donc très-heureux si dans l'avenir une meilleure explication pouvait être donnée, soit par un physiologiste, soit par un médecin clinicien, — par moi-même ou par tout autre observateur.

Traitement. — Même alors qu'on discutait encore sur l'origine dyscrasique de la gale, tous les médecins praticiens étaient d'accord que, pour la guérir, on doit avoir recours à des applications locales. Et cependant, jusqu'à ces derniers temps, on a soutenu que la médication *externe* doit avoir pour auxiliaire des remèdes *internes* (et même, d'après quelques auteurs, tout « l'appareil antiphlogistique »), dans le but d'assurer une guérison radicale de la maladie et de s'opposer ainsi à ce qu'elle entraîne des conséquences fâcheuses pour le malade. Mais pendant que telle était l'opinion des médecins (de sorte que leurs malades se trouvaient, outre les applications locales, tourmentés par un long traitement interne), les charlatans et les « vieilles femmes » avaient plus de bons sens, et adoptaient une médication rationnelle et simple à l'aide de laquelle ils réussirent à gagner de la réputation et de l'argent, après les insuccès de leurs compétiteurs. Si les médecins de cette époque avaient seulement observé avec des yeux non prévenus les résultats favorables de l'emploi des topiques et les guérisons populaires de la gale, ils auraient sans doute acquis beaucoup plus tôt des notions exactes au sujet de la nature et du traitement de cette affection. Mais à cette époque on attachait plus d'importance à la pédanterie théorique qu'à l'observation des faits, et même des hommes célèbres, tels que Wichmann, Frank et Guldener de Lobes, ne purent se soustraire com-

plétement aux idées de leur temps, bien que sous beaucoup de rapports leurs opinions relativement à la gale fussent parfaitement justes.

Ainsi que je l'ai déjà établi, l'opinion que l'on doit avoir recours dans le traitement de la gale à des remèdes internes en même temps qu'à des applications externes, s'est perpétuée jusqu'à ces derniers temps. Même lorsqu'il fut devenu impossible de nier que les applications locales suffisent à guérir la maladie, on expliquait leurs bons effets par l'hypothèse que quelques-unes de leurs parties constituantes, se trouvant en contact intime avec la peau, étaient absorbées par les vaisseaux sanguins, et entraînées dans le torrent circulatoire; — que, en réalité, elles guérissaient la gale exactement de la même manière que le mercure la syphilis, lorsqu'on emploie la méthode des onctions.

Il y a plus de vingt ans, j'ai pratiqué avec succès quelques expériences pour infirmer cet argument, et j'en ai publié la description (1) en 1844, dans l'article sur la gale auquel j'ai déjà si souvent fait allusion. J'extrais de cette description le paragraphe suivant :

« Les deux malades choisis pour la première expérience étaient affectés d'une gale très-confluente. Ils présentaient toutes les variétés de l'éruption, outre des excoriations et des ulcères sur diverses régions du corps; mais les nombreux sillons et acares que l'on trouva sur eux, étaient aux mains et aux pieds seuls. Je fis donc envelopper les mains et les pieds dans de la toile qu'on attacha fortement, de manière à isoler les parties en question. Chaque malade fut alors complétement déshabillé, et, en ma présence, l'infirmier le frictionna sur toute la surface du corps, à l'exception des mains et des pieds, avec notre pommade ordinaire pour la gale (2). Après cette opération, je fis coucher ces deux hommes, et pour les faire bien transpirer, on eut soin de les rouler dans des couvertures de laine et de leur faire prendre des boissons chaudes. On répéta l'application de la pommade toutes les huit heures, de sorte qu'à la fin du troisième jour, la friction avait été faite neuf fois sur tout le corps, à l'exception des mains et des pieds. On employa environ 540 grammes de pommade. Les malades furent alors mis dans un bain chaud, et lavés avec soin; après cela on leur enleva les linges qui leur recouvraient les mains et les pieds. On examina la peau de chaque patient avec le plus grand soin. Sur divers points où l'on avait appliqué la pommade, on trouva des plaques dont la surface était rouge, sécrétante ou recouverte de vésicules. Ces

(1) *Op. cit.*, p. 167.
(2) J'ai donné la formule de cette pommade, modifiée de celle de Wilkinson, *infra*, p. 237.

plaques n'existaient pas avant le début du traitement, et il était évident qu'elles en étaient la conséquence. En d'autres termes, l'application de la pommade avait provoqué un eczéma artificiel. D'un autre côté, l'inspection des mains et des pieds montra que les sillons et les autres phénomènes produits par l'insecte de la gale restaient tels qu'auparavant. On y recueillit des acares que l'on plaça sous le champ du microscope où on les reconnut vivants, et ils se mirent à ramper activement sur le verre. »

J'ai immédiatement répété l'expérience sur quatre autres malades, et j'ai constaté exactement les mêmes résultats. On les a surveillés tout les six avec beaucoup de soin pendant un mois. Pendant la première semaine, la maladie semblait décliner, et dans un cas être entièrement guérie, la démangeaison ayant presque disparu. Mais à la fin de cette période, le prurit revint sur chaque malade avec son intensité primitive, et les diverses régions du corps présentèrent petit à petit les mêmes phénomènes qu'auparavant, y compris ceux que l'on sait être occasionnés par les grattages. Il fut donc permis d'en conclure que l'*ung. antipsoricum* avait, dans ces cas, complétement échoué, bien qu'on l'eût employé en frictions sur toutes les parties de la surface cutanée, à l'exception des mains et des pieds.

On fit ensuite des expériences en sens directement contraire sur un nombre égal de malades. On pratiqua dans ce but des onctions avec la pommade sur les seuls points contenant des acares. En très-peu de temps, l'affection fut guérie complétement.

Si l'on compare entre elles ces deux séries d'expériences, il ressort évidemment de cette étude que la gale est guérie au moyen de la pommade, non par suite de l'absorption et de l'introduction de celle-ci dans le torrent circulatoire, mais simplement parce qu'elle possède la propriété de tuer sur place l'acarus.

Ce point étant parfaitement démontré, le traitement de la gale se réduit donc à l'emploi de substances ayant le pouvoir bien constaté de détruire l'insecte de la gale avec la plus grande rapidité, et d'empêcher les œufs de se développer ultérieurement.

Or, les observations des vétérinaires (notamment Walz et Hertwig), ainsi que les expériences d'Albin Gras sur l'acarus, ont montré que bon nombre de substances agissent d'une manière fâcheuse sur la vie de l'épizoon en question, mais qu'il existe entre elles des différences sous le rapport du temps pendant lequel elles exercent leurs effets, et sur la façon dont elles agissent. On a constaté, par exemple, que, sans être tué, l'acarus peut rester sept jours dans de l'eau froide, pendant

dix jours dans de l'eau chaude à 100° Fahr. (37°,78 c.), de deux à quatre jours dans du vinaigre préparé avec de la bière, dans de l'urine de cheval, de l'eau de chaux, une solution de savon noir, un liquide alcalin fait avec les cendres d'un bois tendre, ou enfin, sur la surface d'une plaque de verre enduite d'onguent gris. D'un autre côté, il a été tué, dans l'espace de deux à vingt heures, par une solution de sel commun, de bichlorure de mercure, d'arsenic, d'acétate de plomb, d'alun ou de sulfate de cuivre, de fer ou de zinc, par une décoction de feuilles de tabac, de jusquiame ou de belladone, par de l'ellébore blanc ou noir, par la staphisaigre, le chlorure de chaux, ou, enfin, par la solution pure d'ammoniaque. Plus rapide encore était l'action de l'acide pyroligneux empyreumatique, de la térébenthine, du pétrole, de l'huile animale puante, d'une solution concentrée ou même diluée de potasse caustique, de goudron ou d'une quelconque de ses préparations, de l'iodure de potassium et du soufre. L'une ou l'autre de ces substances tuait l'acarus instantanément ou du moins dans l'espace de quelques minutes. On reconnut que le soufre jouissait des mêmes propriétés acaricides, qu'on l'employât seul ou associé avec de la potasse, de la soude ou de la chaux (comme dans *hepar sulfuris*). Les différentes substances dont je viens de parler ne paraissent pas, toutefois, posséder le même pouvoir de détruire les *œufs* de l'insecte de la gale; ou du moins de déterminer quelque modification appréciable dans leur forme ou dans celle de leur contenu. De tous les agents que j'ai expérimentés, la créosote est le seul qui me paraisse avoir la propriété de détruire rapidement les œufs et en quelque sorte de les réduire en une masse pulpeuse.

Mais, outre ces agents, qui par leurs propriétés chimiques font périr la mite de la gale, il en est d'autres dont les effets sont dus simplement à leur pouvoir d'enlever mécaniquement les feuillets épidermiques qui recouvrent les acares et les œufs. Ainsi, dans beaucoup de pays, une méthode populaire de traiter la gale consiste dans l'emploi de substances grossièrement pulvérisées, telles que la poussière de briques, la pierre ponce, la craie et le sable.

Or, puisque tout ce qui détruit l'acarus guérit la gale, il est facile de comprendre qu'on peut obtenir les mêmes résultats à l'aide d'un grand nombre de remèdes et de méthodes très-diverses de traitement, méthodes qui paraîtraient au premier abord avoir une action tout à fait contraire l'une à l'autre.

Il semblerait résulter de ces remarques qu'il est presque indifférent d'user contre la gale d'un remède ou d'un autre, puisque tous sont

également capables de réaliser le but que l'on se propose. Mais il ne faut pas oublier que, en traitant cette affection, on a affaire, outre l'acarus, à un autre animal, *l'homme* qui est notre malade, et dont il est important de prendre la peau en considération (1).

Il doit même ressortir de ce que j'ai dit dans le chapitre sur l'eczéma que ce n'est pas chose indifférente de choisir un remède contre la gale. Car quelques-unes des substances qui ont le pouvoir de tuer l'acarus possèdent également la propriété d'irriter considérablement le tégument, et de déterminer ainsi des éruptions eczémateuses ou pustuleuses artificielles, et même des pertes considérables de substance. Aussi, bien qu'elles fassent disparaître la cause actuelle de la maladie en détruisant la mite de la gale, elles exercent cependant, par elles-mêmes, une action plutôt nuisible qu'utile sur le tégument. On ne peut nier, toutefois, que les chirurgiens-vétérinaires n'aient eu en cette occurence plus d'égards pour la peau et les poils de *leurs* malades que les médecins pour les leurs. Il n'y a là, d'ailleurs, rien de surprenant, car la toison des moutons et la peau des autres animaux ont, sur le marché, une valeur infiniment supérieure au tégument d'un homme, surtout d'un galeux! En outre, les chirurgiens-vétérinaires, dans le diagnostic et le traitement de la gale des animaux, ont dès le début porté la plus grande attention aux phénomènes objectifs, tandis qu'autrefois les médecins les négligeaient (comparativement parlant) en instituant le traitement de cette affection chez leurs clients. Ainsi, lorsqu'une éruption artificielle survenait par suite de l'application de l'une des substances qui détruisent l'acarus, on supposait que cette éruption était un symptôme de l'évacuation d'une matière âcre (die Krätzschärfe); et le médecin et le malade se félicitaient à l'envi si le premier effet du traitement avait été d'augmenter le nombre des papules, des vésicules ou des pustules sur la peau du malade.

De nos jours, les idées doctrinales que l'on professe au sujet de la gale sont complétement opposées à celles qui régnaient alors. Notre but est actuellement, en guérissant la maladie, d'irriter le moins possible la peau et d'éviter de provoquer des éruptions artificielles. Aussi les indications en traitant un cas de gale sont-elles essentiellement différentes, et les substances ainsi que les méthodes thérapeutiques que l'on recommandera le plus vivement seront celles qui, sans faire naître d'irritation, détruiront l'acarus et ses œufs, et, en même temps, diminueront l'éruption.

(1) Cette juste et piquante boutade est l'opportune réédition, avec une application toute locale, de l'ancien *nam agitur de pelle humana*. (A. D.)

Malheureusement, il m'a été impossible de découvrir jusqu'ici, parmi les nombreuses substances avec lesquelles j'ai fait moi-même des expériences, ou parmi celles qui ont été préconisées par d'autres auteurs, un remède qui répondît complétement à ces conditions. Je dois par conséquent me borner à énumérer les agents médicinaux et les modes de traitement qui se rapprochent le plus de l'objet que l'on se propose.

Il n'existe peut-être pas de maladie curable pour laquelle on ait proposé des remèdes aussi nombreux et aussi différents que pour la gale. Ceux que l'on trouve mentionnés dans les ouvrages de médecine se comptent par centaines; si je voulais seulement les énumérer tous, il serait indispensable de leur consacrer plusieurs pages. Cependant quelques-uns, qui naguère étaient tombés dans l'oubli, ont été remis en lumière par des écrivains qui semblaient les considérer comme des découvertes personnelles et les vantaient hautement. Je pense donc qu'il ne sera pas tout à fait superflu de parler ici au moins de ceux auxquels, en général, on a recours depuis longtemps.

Dans le XVIIe siècle, les *Folia Tabaci* furent conseillées par Redi; en 1811, une décoction de semence de staphisaigre, par Ranque; Pringel recommanda *l'Helleborus albus;* Bruckmann, le *radix Inulœ;* Linnée, le *Porrum;* Watson, la clématite; Hundertmark, la marguerite ordinaire; Thomann, la poudre de charbon de bois; Grille, l'oxyde de manganèse; Ackermann, la potasse, le savon caustique avec lequel on la fabrique; Helwig, Andrée Bry et H. Gahn, l'acide sulfurique dilué; Leschen, l'acide nitrique; Borellus et Brinkmann, le chlore; Hegenisch, les sulfates de zinc, de cuivre et de fer, le soufre et ses préparations, la térébenthine et les huiles éthérées, les différents corps goudronnés obtenus par la distillation sèche de diverses espèces de bois, le savon mou, etc.

On appliquait ces remèdes de diverses manières; quelquefois associés à de l'axonge, sous forme de pommades; d'autres fois avec du savon, à l'état de savons médicinaux. D'autres fois encore, on les ajoutait à des bains, ou l'on employait quelques-uns d'entre eux à l'état de vapeurs.

Des *pommades* contre la gale le nom est légion. Des auteurs médicaux et des chirurgiens d'hôpitaux ont rivalisé en célébrant sans relâche la valeur de nouveaux topiques de cet ordre; mais jusqu'à ce jour rien n'est venu démontrer que l'on doive donner la préférence à l'un d'entre eux sur l'autre.

Les différentes observations qu'on a publiées par rapport à la guéri-

son de la gale, ont été colligées et comparées par Mêlier, dans le « *Journal général de médecine* », article où l'on a également publié une liste des divers remèdes contre cette maladie, qui avaient été employés en France jusqu'à l'époque où il écrivait.

Je cite ici plusieurs de ces formules,— quelques-unes parce qu'elles sont restées jusqu'à ce jour dans la pratique, — d'autres parce qu'on les retrouve fréquemment indiquées dans certains ouvrages, qui néanmoins ne donnent pas l'énoncé exact de leur composition, ni de la manière de les préparer.

En première ligne, je dois inscrire la pommade d'Helmerich qui consiste en deux parties de soufre pur, une partie de sous-carbonate de potasse, et huit parties d'axonge; et après vient celle d'Alibert, contenant 30 grammes de fleurs de soufre, 3 grammes 50 centigrammes de muriate d'ammoniaque sur 60 grammes d'axonge.

La formule de Jadelot était la suivante :

♃ Sulfure de potasse	180 gram.
Savon blanc	1000 gram.
Huile d'olive	120 gram.
Huile volatile de thym	8 gram.

Jasser, de son côté, prescrivait :

♃ Poudre de fleurs de soufre (soufre sublimé)	Parties égales.
Poudre de baies de laurier	
Poudre de sulfate de zinc	
Huile de lin s. q. pour faire une pommade.	

De toutes ces pommades, évidemment, la plus simple est celle de Joseph Frank, consistant simplement en soufre trituré avec du beurre frais jusqu'à consistance convenable.

On a, dans ces derniers temps, vanté hautement certaines préparations (contenant en général du soufre). Parmi ces dernières, celle de Vézin exige une mention spéciale; voici quelle en est la formule :

♃ Fleurs de soufre	ãã 180 gram.
Savon blanc	
Axonge	
Poudre d'ellébore blanc	8 gram.
Nitrate de potasse	0,50 centigr.

Mêlez jusqu'à consistance d'onguent.

Une autre pommade consistant simplement en soufre, savon et axonge est celle de Mayssl :

♃ Soufre ordinaire	420 gram.
Savon commun	500 gram.
Axonge	2000 gram.

Mêlez jusqu'à consistance d'onguent.

Dans la pommade de Wilkinson, on trouve encore les mêmes ingrédients, avec addition de goudron, de craie et d'hydrosulfure d'ammoniaque. — J'ai légèrement modifié cette pommade en diminuant la proportion de soufre et de goudron qu'elle contenait, et en supprimant l'hydrosulfure d'ammoniaque comme superflu. Ma formule est la suivante :

℞ Fleurs de soufre	ãã 180 gram.
Huile de hêtre ou huile de cade	
Savon vert	ãã 500 gram.
Axonge	
Craie	120 gram.

Mêlez et faites une pommade.

La pommade de Bourguignon sera probablement très-employée dans la pratique parmi les classes les plus élevées, en raison de son odeur agréable. Voici quels sont ses ingrédients :

℞ Essence de lavande	ãã 2 gram.
Ess. de menthe	
Ess. de girofle	
Ess. de cannelle	
Gomme adragant	4 gram.
Carbonate de potasse	30 gram.
Fleurs de soufre	90 gram.
Glycérine	180 gram.

Mêlez et faites une pommade.

Adolphe ordonnait la pommade suivante :

℞ Fleurs de soufre	ãã 30 gram.
Poudre de baies de genévrier	
Poudre de baies de laurier	
Axonge	

Mêlez,

Blasius :

℞ Oxyde de manganèse	30 gram.
Axonge	120 gram.

Mêlez.

Ranque :

℞ Poudre de semence de staphisaigre	15 gram.
Extrait de pavôt	8 gram.
Axonge	60 gram.

Mêlez.

Une autre formule est ainsi composée :

℞ Acide sulfurique concentré	4 gram.
Axonge	60 gram.

Mêlez.

Enfin, Emery prescrivait la préparation suivante :

℞ Soufre	250 gram.
Alcool	4 gram.
Vin acétique	8 gram.
Chlorure de chaux	8 gram.
Savon noir	30 gram.
Sel marin	15 gram.

Mêlez.

Au lieu d'ordonner des pommades, toutefois, plusieurs médecins avaient employé le *savon* comme véhicule des remèdes avec lesquels ils avaient traité la gale. En effet, on s'est fréquemment servi avec succès du savon dans ce but, et l'on y a encore recours aujourd'hui. Horn lui associait du soufre dans l'espérance d'obtenir des effets thérapeutiques plus énergiques que ceux reconnus au savon seul. Une très-simple méthode *extemporanée* de préparer ce mélange est de prendre parties égales de fleurs de soufre et de poudre de savon, et de les réduire en une masse semi-liquide avec suffisante quantité d'eau. C'est un procédé qu'on a employé pendant longtemps et qui est très-commode, notamment pour ceux qui exercent à la campagne. Tout récemment, on s'est livré à la fabrication des savons médicinaux, et aujourd'hui on en prépare un grand nombre, dont les plus importants (quant à ce qui concerne le traitement de la gale) sont le simple savon sulfureux et celui contenant de la pierre ponce pulvérisée. On peut également se servir dans le même but du savon d'iodure de soufre, mais il est probablement moins efficace que les deux autres. Neumann, enfin, a préparé un savon d'après la formule suivante :

℞ Muriate d'ammoniaque	500 gram.
Soufre dépuré	3000 gram.
Savon noir ordinaire	8000 gram.

On a aussi fait dissoudre dans de l'eau ou d'autres liquides divers remèdes pour la gale. Au nombre de ces solutions se trouve, par exemple, la suivante « lotion chlorurée » :

℞ Chlorure de chaux	60 gram.
Eau distillée	1000 gram.

Le « Spiritus Leonardi » est encore une préparation de même espèce :

℞ Carbonate de potasse	ââ 8 gram.
Nitrate de potasse	
Eau-de-vie de grains	ââ 250 gram.
Eau de fontaine	

On s'est enfin servi, dans le traitement de la gale, de plusieurs lotions aromatiques contenant de l'alcool, notamment Cazenave, qui fut très-partisan de leur emploi. Les trois formules suivantes sont de cet auteur :

℞ Thym	60 gram.
Eau bouillante	1000 gram.

Laissez infuser : passez et ajoutez :

Alcool à 20°	200 gram.

℞ Menthe poivrée	ãã 250 gram.
Romarin	
Thym	
Sauge	
Lavande	
Alcool	4 litres.
Eau	2 litres 1/2.

Faites macérer ces herbes pendant dix jours dans de l'eau et de l'esprit-de-vin rectifié ; passez la teinture et laissez déposer. Chaque fois qu'on devra s'en servir, ajouter six parties d'eau.

℞ Essence de menthe	ãã de 1 à 2 gram.
— de romarin	
— de lavande	
— de citron	
Alcool à 80°	q. s.
Eau	5 litres.

Cazenave recommande particulièrement ces dernières formules contre la gale survenant chez les personnes des classes élevées.

Il employait également des lotions contenant de l'iode, d'après les formules suivantes :

℞ Lessive iodurée	8 gram.
Iode	2 gram.
Eau	1000 gram.

Ou,

℞ Iodure de soufre	15 gram.
Eau	1 litre.

Ou enfin,

℞ Iodure de soufre	ãã 6 gram.
Lessive iodurée	
Eau	1 litre.

Selon Cazenave, cette dernière lotion est particulièrement efficace. Mais il est reconnu qu'il faut faire usage de ces lotions pendant longtemps et ordonner en même temps des bains.

Toutefois, il n'y a pas de *lotion* qui ait joué un rôle aussi important dans le traitement de la gale que celle qui fut primitivement conseillée par Vleminckx, de Bruxelles. En voici la formule :

℞ Chaux vive	....	500 gram.
Fleurs de soufre	....	250 gram.
Eau de fontaine	....	2500 gram.

Faites bouillir dans un vase en fer, et remuez avec une spatule de bois, jusqu'à mélange parfait.

Néanmoins, dans cette préparation, une proportion considérable de la chaux (qui est très en excès), tombe au fond du vase sous forme d'un dépôt blanchâtre. C'est un inconvénient, car lorsqu'on emploie cette lotion, les petites particules du précipité irritent la peau. Aussi, comme je l'ai déjà indiqué, le docteur Schneider, professeur de chimie à la Josefsakademie de Vienne, a proposé une modification à la solution de Vleminckx. J'ai déjà fait connaître cette formule au chapitre du psoriasis (1), et je n'ai qu'à dire ici qu'on devrait triturer la chaux précipitée avec une partie d'eau, de manière à obtenir une poudre parfaitement homogène, avant d'y ajouter le soufre.

Cette solution, dont on se sert contre diverses dermatoses, peut être employée simplement en frictions sur la peau ; ou, si des bains sulfureux artificiels sont indiqués, on peut l'ajouter à l'eau du bain.

Le « foie de soufre » préparé avec la potasse ou la soude (*potassa vel soda sulphurata*), est employé dans ce but de la même manière par les Français. Ils ajoutent dans chaque bain 120 gram. de cette substance, soit seule, soit avec addition de 500 gram. de gélatine.

En dernier lieu, divers auteurs ont conseillé pour le traitement de la gale et d'autres affections cutanées, les bains « acides » (consistant en 30 à 60 gram. d'acide hydrochlorique ou sulfurique concentré pour 300 litres d'eau), et des bains « alcalins » (avec 30 gram. de potasse pour la même quantité d'eau).

Ce qu'on appelle « fumigations sulfureuses » fournit le meilleur exemple de l'emploi de remèdes sous forme de *vapeur*, dans le traitement de la gale. En remontant jusqu'au XVIIe siècle, on les trouve essayés par Glauber, et ultérieurement recommandés, en 1776, par Lalouette, en 1816 par Galès. A Vienne, ils furent introduits par de Caro, en 1819, et ils furent ensuite employés à Naples par Asalini, à Dublin par Wallace, et à Londres, par Anthony Clerk. On fit également l'essai de ces fumigations à l'hôpital général de Vienne, en se servant

(1) Voyez page 449.

de caisses inventées dans ce but par Galès; mais les résultats qu'on obtint ne furent pas de nature à faire adopter cette méthode, car on trouva qu'elle occasionnait des éruptions eczémateuses artificielles, qui augmentaient considérablement la durée du traitement, dont la moyenne dépassait quatre semaines.

La manière la plus simple de guérir la gale est, sans doute, de frictionner toute la surface du corps avec l'une ou l'autre des pommades mentionnées ci-dessus, en ayant soin de répéter ces onctions jusqu'à ce que le prurit ait cessé, et que les affections provoquées par l'acarus et les grattages aient disparu. Cette méthode de traitement, toutefois, est très-apte à donner naissance à un eczéma artificiel, notamment lorsque l'application de la pommade est continuée pendant longtemps, et lorsque la substance dont on se sert est une de celles qui sont particulièrement irritantes. Dans ce but, quelques personnes ont substitué les onctions locales aux onctions générales, prenant un de ces remèdes qui tuent l'acarus, et en frictionnant pendant un temps considérable seulement les parties (telles que les mains et les pieds, le pénis, la région fessière, etc.), sur lesquelles on trouve le plus habituellement des sillons. On a vu ci-dessus, d'après les résultats, que la maladie peut être guérie par cette méthode. Comme je l'ai déjà énoncé, je l'ai employée pendant douze ans, durant lesquels j'ai traité environ 15 000 galeux de cette manière, les guérissant dans une période de deux à dix jours. Mais je dois avouer que les onctions locales ne conviennent que dans les cas qui ne présentent pas une grande intensité et qu'elles exigent la surveillance d'une personue très au courant des signes diagnostiques de la maladie, des caractères des sillons faits par l'acarus, et des autres effets dus à sa présence. Or, on ne peut s'attendre à ce que chaque médecin praticien ait une connaissance spéciale de la gale et des autres affections de la peau. En outre, on observe en réalité des cas dans lesquels il existe des sillons sur le tronc et sur des régions autres que celles où on les rencontre ordinairement. En conséquence, il est impossible d'adopter universellement le traitement de la gale par les onctions locales; dans la majorité des cas, il est suffisamment utile, mais dans quelques-uns il se trouve inapplicable.

Guérir la gale d'une manière complète et rapide, tel fut le principal but des deux méthodes de traitemeut dont l'une a été désignée sous le nom de « Méthode anglaise », et l'autre sous celui de « Méthode anglaise modifiée ». La « Méthode anglaise » primitive se pratiquait ainsi qu'il suit. On mettait d'abord le malade dans un bain, où on le lavait entièrement avec du savon; on le frictionnait ensuite avec une

pommade soufrée, et on l'enveloppait nu dans des couvertures de laine. On le laissait là pendant quarante-huit heures et pendant ce temps on maintenait la chambre à une température constante de 77° Fahr. (25° C.), quelle que fût la saison de l'année. On renouvelait les onctions matin et soir et on lui donnait à boire abondamment des boissons chaudes, de manière à augmenter la perspiration cutanée. Quelques médecins administraient aussi une purgation. Au bout du temps indiqué, on prescrivait un second bain qui terminait la médication. On renvoyait alors immédiatement le malade, ou, s'il reparaissait quelque affection cutanée, on le plaçait en observation, et il était ensuite soumis au traitement jugé nécessaire.

Ce procédé offrait cependant l'inconvénient de provoquer de fortes éruptions d'eczéma artificiel et celui, surtout, du temps très-long pendant lequel le malade restait dans des couvertures de laine et dans une chambre chauffée, ce qui était très-pénible pour lui et nécessitait de grandes dépenses pour l'hôpital. Dans ce dernier but, on renonça à chauffer la chambre, tout en conservant le reste du traitement sans aucune modification. Celui-ci fut alors appelé la « Méthode anglaise modifiée. » Le changement n'empêchait cependant pas la tendance à la production d'éruptions eczémateuses, et ne diminuait pas non plus d'une manière appréciable le malaise éprouvé par le malade. De plus, le blanchissage des couvertures et des lits occasionnait encore de grands frais. La « Méthode anglaise » de traitement, tomba par conséquent graduellement en désuétude.

Rien, toutefois, ne fit plus pour précipiter sa décadence que l'introduction, par Hardy, du « traitement rapide » (Schnellcur). Un moyen analogue avait, il est vrai, été employé à l'hôpital Saint-Louis, par Bourdin, vers 1812. Selon la méthode de Bourdin, on lavait le malade dans un bain pendant une demi-heure, en le frictionnant vivement avec du savon noir. Le jour suivant on appliquait de la pommade d'Helmerich trois fois sur tout le corps ; le troisième jour on le lavait de nouveau avec du savon et de l'eau, après quoi on le renvoyait. Mais Hardy fut le premier à réduire à un temps réellement court la période exigée pour ce « *traitement rapide* » dont il justifia par là le nom. Sa méthode est la suivante : après avoir mis le malade dans un bain chaud (1), on le frictionne vigoureusement avec du savon noir pendant une demi-heure; il reste dans le bain encore une heure; après cela on le sort de l'eau et on le frictionne énergiquement avec la pom-

(1) D'après la nouvelle méthode adoptée par M. Hardy à l'hôpital Saint-Louis, les frictions avec le savon sont pratiquées avant que le malade entre dans le bain.

made d'Helmerich sur toute la surface du corps. Le traitement se termine là ; on se borne à conseiller au malade, avant de le renvoyer, de prendre quelques bains chauds.

On a proposé, depuis, quelques modifications sans importance à cette méthode de traitement. Fronmüller (1), de Fürth, par exemple, donne les indications suivantes : on place le malade dans une salle de bains bien chauffée, où il se dépouille de tous ses vêtements, et où on le frictionne partout avec du savon mou pendant une demi-heure, à l'exception toutefois de la face et des organes génitaux. Il faut surveiller avec un soin tout particulier les régions que l'on sait être les siéges de prédilection de l'acarus, telles surtout que les espaces interdigitaux, les poignets, les avant-bras, l'abdomen, les cuisses, les jambes et la face plantaire des pieds. On met alors le malade dans un bain tiède, dans lequel on enlève le savon avec de l'eau et où il reste une heure. Après ce temps, il sort du bain, et, se tenant près du poêle, il se frictionne durant une demi-heure avec de la pommade d'Helmerich, exactement de la même manière qu'on l'avait déjà fait avec le savon.

La différence entre cette méthode et celle de Hardy est tellement insignifiante qu'elle ne mérite certainement pas une dénomination spéciale ni une appréciation particulière. J'ai déjà (2), en 1854, exprimé toute mon opinion à l'égard de ces médications et d'autres modes « rapides » de guérir la gale, qui attiraient vivement l'attention à cette époque et que je suis sur le point de mentionner. La manière de voir que j'avais alors s'est trouvée confirmée par toute mon expérience ultérieure ; aussi répéterai-je mes remarques dans ce volume.

Peut-être, toutefois, ferais-je mieux de décrire d'abord quelques-unes des autres modifications de la « Méthode rapide » que l'on a proposées :

Le procédé suivant a été recommandé par Fischer et Helmentag, de Cologne (3). On frictionne d'abord rapidement le malade avec un petit morceau (30 ou 60 gram.) de savon, on le met ensuite pendant une heure dans un bain à une température de 92 à 95 Fahr. (33°,33 à 35 C.); au bout de ce temps on le sèche bien. L'assistant prend alors une boule d'étoupe de la grosseur du poing d'un homme, attachée à un manche de bois; on trempe cette étoupe dans une solution tiède de potasse caustique (15 gram. sur 150 à 180 gram. d'eau), et l'on en fric-

(1) « Ueber die neue Behandlung der Krätze in 2—3 Stunden », v. Fronmüller, Fürth, 1852.

(2) « Zeitschrift d. k. k. Ges. d. Aerzte zu Wien » 10 Jahrg., Band 1, S. 86.

(3) « Darstellung des neuen Verfahrens bei der Behandlung des Krätzausschlages in Bürgerspital zu Köln », 1853.

tionne tout le corps du malade, à l'exception du visage. Cette opération demande une demi-heure ou même trois quarts d'heure, car il est essentiel qu'on frictionne tout parfaitement, sans oublier une seule partie du corps. Lorsque les frictions sont terminées, le malade retourne au bain pour quelques secondes, afin d'enlever la potasse qui se trouve sur la peau, et de détacher le « *tissu scabiéique* » (Krätzgewebe) détruit par le premier traitement. Un point essentiel, c'est qu'en frictionnant on n'omette aucune région du corps, que les onctions soient partout parfaitement faites. Il faut, en effet, que le savon soit appliqué pendant un temps déterminé sur chaque partie de la peau. On complète le traitement en lavant le malade avec du savon et de l'eau à l'aide d'un morceau de flanelle, et en dernier lieu en dirigeant un courant d'eau sur lui. On lui fait prendre alors du linge propre.

Dans le but de rendre la guérison encore plus certaine, Helmentag conseille, après les frictions avec la potasse caustique et avant de mettre le malade au bain, de le frictionner soigneusement avec l'*Ung. anglicum ad scabiem*, et de l'envelopper alors dans des vêtements de laine où on le fait rester pendant une heure. « Cette partie du traitement n'est, toutefois, pas considérée comme essentielle, car l'application de la solution satisfait à chaque indication comprise pour la guérison de la gale. »

J'ai cité *in extenso* la description de la méthode de Fischer et Helmentag, non parce que je désire engager mes confrères à l'adopter, mais dans le but de démontrer que des propositions impraticables sont quelquefois faites même par des médecins d'hôpitaux, expérimentés et justement célèbres.

Au nombre de ceux qui ont jugé à propos d'écrire sur le traitement de la gale, il faut également mentionner Busch et Wucherer. Le premier conseille l'emploi du baume péruvien, le second proclame la valeur de l'huile de térébenthine qu'Upmann a aussi recommandés. On a affirmé qu'à l'aide de ces remèdes on pouvait guérir la maladie dans l'espace de deux heures.

Enfin, il faut nommer Schinzinger et Küchenmeister comme ayant également introduit de nouvelles manières de traiter la gale. La méthode de Schinzinger est la suivante : — On frictionne le malade trois fois par jour, pendant deux jours, avec une pâte faite de savon mou, de craie pulvérisée et d'un peu d'eau; on applique la pâte sur tous les points du tégument où existent des acares. Le troisième jour, on lui fait prendre un bain, après lequel on badigeonne les différentes

régions infestées] par le parasite avec un liquide contenant un gramme d'huile éthérée d'anis sur un gramme cinquante d'alcool. Küchenmeister emploie dans le même but l'huile de rose de Sainte-Marie. Ces huiles éthérées donnent lieu à une vive douleur qui cesse toutefois au bout de quelques minutes.

Mais de toutes les modifications apportées à la méthode de traitement de Hardy, celle qu'on a le plus généralement employée et qui est le plus universellement applicable, c'est celle que Vleminckx a pour la première fois employée dans l'armée belge. Sauf une modification indiquée par le professeur Schneider pour le mode de préparation de la solution de sulfure de calcium, la méthode de Vleminckx a, dans ces dernières années, été employée et dans les hôpitaux militaires de Vienne, et très-souvent aussi par moi-même dans la division des maladies de peau de l'hôpital général de cette ville. Je n'y ai cependant pas eu recours dans tous les cas indistinctement, mais en général dans ceux où ce remède me paraissait spécialement approprié. Voici quelle est la manière de l'employer :

On place d'abord le malade au bain, dans lequel on le frictionne vigoureusement sur tout le corps pendant une demi-heure avec de la flanelle grossière et du savon de potasse, ou même du savon de toilette ordinaire. Il faut lui expliquer d'abord que cette partie de la médication est de la plus grande importance, puisqu'elle met à découvert les sillons de l'insecte de la gale, ramollit l'épiderme et permet à la solution de sulfure de calcium dont on doit se servir ensuite de pénétrer plus facilement. Après l'avoir bien frictionné avec du savon, on laisse le malade encore une demi-heure dans le bain. Durant la troisième demi-heure, on fait de nouveau une friction générale, non moins énergique que la première, avec de la flanelle que l'on trempe alors dans une solution de sulfure de calcium. La quatrième demi-heure (qui complète la période de temps réglementaire) est encore consacrée au bain. Après l'expiration de ce temps, on enlève par des lotions d'eau froide ou à l'aide d'une douche toutes les particules de soufre qui peuvent encore rester adhérentes à la peau. Il faut alors, si c'est possible, faire changer le malade de linge, ce qui termine le traitement. — Dans l'armée belge, la méthode de Vleminckx donne de si bons résultats qu'un soldat qu'on envoie à l'hôpital pour la gale n'a même pas son nom rayé de la liste des individus effectifs. On le soumet au traitement décrit ci-dessus, et au bout de deux heures on renvoie l'homme à son régiment, aucune nécessité n'existant de ménager sa susceptibilité, non plus que celle de ses camarades, sur les traces visibles qu'il offre encore.

Les choses se passent très-différemment dans l'hôpital général de Vienne, et en général dans la pratique civile, mais notamment dans la clientèle particulière. Car lorsqu'on dit (et cela est probablement exact), que, dans la plupart des cas, la méthode de Vleminckx guérit la gale, on entend en réalité que les sillons de l'acarus sont mis à jour, les insectes eux-mêmes détruits, et les œufs rendus incapables de développement. Il est évidemment impossible que l'on puisse faire complétement disparaître, dans un intervalle de deux heures, les excoriations et les éruptions qui ont pu survenir dans le cours de la maladie. En effet, à la fin du traitement, le patient présente exactement le même aspect qu'avant de l'avoir commencé; il peut même avoir une éruption plus abondante que jamais, et être recouvert de nouvelles excoriations ou rougeurs survenues pendant le traitement curatif, par suite de l'influence irritante de la solution de sulfure de calcium, aidée de celle du savon et du bain chaud. Il est donc évident qu'aux yeux d'un observateur non médecin, ce malade n'aura pas l'air d'être guéri.

Mais les individus affectés de la gale (et notamment ceux qui s'adressent à l'hôpital pour être soulagés) sont fréquemment placés dans des conditions telles qu'il leur serait impossible de continuer leurs occupations, si leur état apparent met obstacle à ce que des personnes étrangères à la médecine les considèrent comme se trouvant en bonne santé. Il en est ainsi, par exemple, pour les domestiques, les journaliers et d'autres classes d'ouvriers, dont aucun d'eux ne sera regardé comme bien portant tant qu'il présente des excoriations et les différentes éruptions que produit la gale. Évidemment, donc, ce n'est que dans certaines conditions que la solution de sulfure de calcium est applicable au traitement de la gale chez ces malades.

Or, ces conditions sont les suivantes : — ou il faut que l'affection ait une intensité légère, ou soit de date récente, de manière que l'éruption soit peu abondante; ou que la peau possède une certaine résistance qui garantisse que, par l'application de la solution de Vleminckx, il ne se produira qu'un très-léger eczéma ou même pas du tout, et par conséquent que le malade paraîtra être guéri. Il est également nécessaire que les circonstances soient telles que ses moyens d'existence ne soient point mis en question, même alors que le tégument présenterait encore quelques vestiges de l'éruption.

Le fait qu'on observe si souvent des affections « artificielles » à la suite de l'emploi des méthodes rapides, a engagé certains médecins (notamment Hardy et Gibert) à mettre en œuvre, dans ces cas, la teinture de tabac ou celle de staphisaigre, au lieu des préparations sulfu-

reuses. Je crois, toutefois, que les premières ne sont pas moins capables que les précédentes de donner naissance aux éruptions eczémateuses; et je préfère par conséquent avoir recours à la pommade au goudron de Wilkinson, modifiée d'après ma formule.

Maintenant que j'ai parlé en détail de tant de différents topiques et modes de traitement que l'on a proposés contre la gale, il doit assurément venir à l'esprit de chacun de mes lecteurs de demander quels sont les remèdes les plus applicables aux cas particuliers, et quelle est la méthode à l'aide de laquelle on peut le plus rapidement guérir cette affection. En répondant à ces questions, il faut tout d'abord appeler l'attention sur certains points que l'on doit toujours prendre en considération dans le choix d'un remède, soit à l'égard de la gale, soit pour toute autre maladie. Ces points comprennent : le degré d'intensité du cas et la nature des symptômes; — le degré d'impressionnabilité de la peau ainsi que la susceptibilité qu'elle présente à être atteinte d'irritation; — et, enfin, les circonstances au milieu desquelles on observe le malade, dans la pratique hospitalière ou privée.

Ainsi, dans un cas d'intensité légère, ou dans lequel l'éruption consiste principalement en papules avec quelques vésicules; — lorsque le malade est un jeune homme, et appartient à la classe laborieuse; — lorsque la peau paraît posséder un grand pouvoir de résistance; — lorsque l'affection s'observe dans la pratique hospitalière, où l'on prend note des frais et où il est important que la guérison soit obtenue rapidement; — dans l'une ou l'autre de ces conditions, on peut avoir recours avec avantage à la méthode anglaise modifiée (pommade de Vezin, d'Helmerich ou de Horn), ou à l'une des médications recommandées par Hardy et Vleminckx. Mais pour les malades dont les cheveux sont rouges ou blonds, la peau délicate, et chez qui (ainsi que tout le monde le sait) l'irritation tégumentaire est le plus ordinairement suivie d'effets fâcheux; — chez les enfants et les jeunes personnes; — chez ceux dont la maladie est déjà ancienne et dont la peau est le siége de nombreuses pustules et excoriations sur différents points; chez tous ces malades, dis-je, il est préférable de se servir, soit de la pommade de Wilkinson (modifiée d'après mes indications), soit de savon mou, d'un des savons dits médicinaux, de quelques lotions, où enfin de bains additionnés de substances ayant la propriété de tuer l'acarus.

Dans la pratique particulière, en outre, il est souvent essentiel que le traitement ne prive pas le malade du temps qu'il est obligé de consacrer à ses affaires; et dans ces circonstances, il n'est pas possible

d'employer un remède ayant une odeur trop pénétrante. Chez ces malades, par conséquent, on ne peut avoir recours ni à la méthode anglaise ni à cette méthode modifiée, ni prescrire aucune des pommades nauséabondes de goudron ou de soufre. Il faut traiter ces cas à l'aide d'autres procédés, variant selon la position de chaque malade. Ainsi, s'il est occupé toute la journée, de manière à se trouver dans l'impossibilité d'en consacrer une partie à la guérison de la maladie, on devra chercher une méthode de traitement que l'on appliquera pendant la nuit seulement. On pourra, dans ce but, employer un procédé plus ou moins analogue à la « méthode rapide ». Après avoir fait prendre au malade un bain de savon d'une demi-heure, on le frictionnera vivement avec l'une des pommades ci-dessus, et on l'enveloppera ensuite pour toute la nuit dans des couvertures de laine. Le lendemain matin il pourra prendre un autre bain ou simplement laver avec du savon et de l'eau les parties sur lesquelles on avait appliqué la pommade, et sera libre alors de se rendre chaque jour à ses affaires. On répétera le même traitement trois ou quatre soirs, jusqu'à ce que les sillons aient été détruits et que l'éruption ait diminué; après cela, quelques bains simples compléteront la guérison.

Si, toutefois, cette méthode était impraticable, on pourrait soumettre le malade à un traitement (d'après le plan de la « méthode rapide ») pendant plusieurs jours de suite, dans un établissement de bains, au lieu de son domicile. A chaque visite il pourra consacrer près de deux heures à la guérison de sa maladie. La première demi-heure serait employée au bain, dans lequel on le frictionnerait soigneusement avec du savon. Dans la seconde demi-heure il resterait encore au bain qui a pour but de ramollir les parties imprégnées de savon et d'enlever aussi le savon lui-même. Durant la troisième demi-heure on le frotterait vigoureusement avec l'une ou l'autre des pommades ci-dessus mentionnées. S'il est important qu'il n'y ait aucune odeur désagréable, il faut donner la préférence à la pommade de Bourguignon, ou à celle de Küchenmeister et d'Helmerich, avec addition d'huile d'anis et de romarin. Enfin, on pourra consacrer la quatrième demi-heure à enlever l'onguent de la peau.

Par l'une ou l'autre de ces méthodes, il sera possible de satisfaire aux désirs et aux demandes de chaque malade qui se présente à nous. Mais il est impossible de poser d'avance aucune règle stricte de pratique, applicable à tous les cas, puisque l'on peut être dans l'obligation de modifier le traitement de diverses manières, suivant les circonstances; il est également impossible de dire d'une manière positive

combien de jours ou d'heures sont nécessaires pour guérir la maladie. En général, c'est une bonne précaution que de continuer le traitement tant que l'on découvre des traces de sillons ou l'un des effets auxquels l'acarus donne lieu. La persistance de la sensation subjective de démangeaison n'oblige pas nécessairement à continuer le traitement jusqu'à ce que le malade ne se plaigne plus de son affection. Car tous les remèdes « antipsoriques » décrits ci-dessus peuvent produire une éruption eczémateuse, et, puisque toutes ces éruptions provoquent de la démangeaison, il est évident que pendant que la guérison a lieu, le malade éprouvera ces sensations, qui cesseront néanmoins lorsque, après la destruction des acares, on ne continuera plus les remèdes employés pour les détruire (1). La *guérison* complète (et par là j'entends la disparition entière de l'éruption cutanée) n'a lieu — quel que soit le mode de traitement que l'on ait adopté — que longtemps après la terminaison de cette médication. — Il me reste un dernier conseil à donner, c'est de ne pas prendre des bains trop souvent ni à une température trop élevée. Car personne n'ignore qu'ils agissent quelquefois comme irritants de la peau, déterminant de la démangeaison et même des éruptions. Généralement parlant, il est permis de dire que la gale peut se guérir sans aucune espèce de bains; et si l'on était obligé, en traitant un cas de gale, de choisir entre l'absence absolue de bains et beaucoup de bains, on devrait se prononcer en faveur de la première alternative.

Traitement de ce qu'on appelle suites de la gale. — Quel que soit le remède ou le mode de traitement que l'on adopte, on trouvera toujours que, sur un nombre considérable de malades, il en est quelques-uns qui, après la disparition des symptômes propres à l'acarus, présentent des éruptions dont une partie doit être regardée comme appartenant à un eczéma artificiel, tandis que le reste sera compris sous le titre d'excoriations, ou consiste en pustules comme celles que l'on désigne sous le

(1) Par son asservissement à une idée dont nous avons plusieurs fois déjà signalé l'inexactitude, Hebra est ici conduit à négliger l'un des plus précieux indices auxquels le praticien puisse s'en rapporter lorsqu'il a à juger si le traitement d'un cas de gale est, à un moment donné, oui ou non suffisant, en d'autres termes s'il faut à ce moment cesser l'emploi des agents acaricides irritants, pour commencer la médication simplement adoucissante. « La cessation de la démangeaison ne peut aucunement servir à en juger, dit Hebra, car lorsque la démangeaison que cause l'acarus est finie, immédiatement commence celle causée par les agents acaricides. »

Sans doute la théorie d'Hebra sur la génération artificielle de l'eczéma aurait à se féliciter qu'il en fût ainsi. Mais, en fait, l'observation dépose justement en sens inverse. Le médecin qui observe sans parti pris suit d'un œil attentif l'effet des frictions irritantes ; et dès que le malade lui dit ces seuls mots : « Çà ne me démange plus ; çà ne fait maintenant que cuire », il reconnaît à ce signe qu'il serait inutile de continuer plus longtemps les remèdes acaricides, et qu'il n'y a plus qu'à neutraliser par quelques bains émollients l'irritation produite par leur action excitante, mais nécessaire. (A. D.)

nom d'eczémateuses, ou enfin constitue ce qu'on appelle ulcères de la gale (*ulcera psorica* — Krätzgeschwüre, die besser *Kratz*geschwüre genannt werden könnten) (1). Ainsi, comme je l'ai déjà expliqué, il survient facilement des éruptions eczémateuses, suites de la gale, dans toutes les régions qui sont exposées à une pression ou à une friction répétée ou continue; comme, par exemple, aux fesses des tailleurs, des cordonniers, des tisserands; autour de la taille des femmes et sur d'autres régions où les vêtements sont étroitement serrés; au-dessous des bandages et des bourrelets de bandages herniaires; et enfin sur les points qui sont en contact avec des béquilles ou des outils quelconques (Geräthschaften). Or, on ne peut pas toujours guérir les éruptions eczémateuses en même temps que la maladie elle-même, par les remèdes qu'on lui oppose. Quelquefois, il est vrai, on y parvient, notamment en se servant de l'onguent au goudron, que j'emploie. Mais dans d'autres cas, et surtout lorsque les couches profondes de l'épiderme sont affectées, ou même le derme lui-même, il est impossible que ces éruptions soient ainsi guéries, puisque le remplacement des tissus qui ont été détruits demande nécessairement pour s'effectuer un temps beaucoup plus long que celui qui suffirait pour la simple destruction des acares et pour la disparition de l'éruption occasionnée directement par leur présence. En effet, après avoir guéri la gale, on a dans ces cas affaire à une seconde affection cutanée indépendante de la première.

Or, pour ceux qui, comme moi, regardent la gale comme un eczéma artificiel, produit en partie par la présence de l'acarus, en partie par le grattage et en partie par l'irritation de la peau qui provient d'autres causes, il n'y aura aucune difficulté à comprendre quelles sont les précautions à mettre en œuvre pour guérir une affection comme celle dont je parle en ce moment. En effet, ils la traiteront exactement de la même manière que tout autre eczéma survenant indépendamment de la gale. Ainsi, on peut appliquer des pansements à l'eau (kalte Umschläge); ou l'on peut étendre sur les plaques eczémateuses du savon mou ou de l'onguent simple; ou, si l'affection venait à prendre la forme d'un *E. squamosum*, on employerait les préparations de goudron. On peut traiter des excoriations, des pustules ecthymateuses et des ulcères (Psorhelcose) par de simples pansements à l'eau; ou, s'ils recouvrent une large surface, on enveloppera les parties affectées dans des linges mouillés. A l'aide de ces applications, associées à des bains tièdes ou froids, on favorisera la reproduction de l'épiderme sur toutes

(1) Voyez la note de la page 656.

les parties qui en ont été dépouillées, et la guérison de tous les abcès sous-épidermiques qui auront pu se développer.

Mais il ne faut pas cacher qu'il se présente des cas dans lesquels il s'écoule un long intervalle avant qu'une guérison complète se produise, guérison à laquelle diverses complications viennent s'opposer. Dans ces circonstances, on ne doit pourtant pas perdre courage. Une très-bonne méthode est de se placer mentalement dans la même situation où l'on serait si l'on se trouvait pour la première fois en présence d'un cas de cette nature, et de se demander quel traitement, dans cette hypothèse, on devrait adopter. La réponse ne peut être que celle-ci, savoir : qu'il est essentiel de continuer avec patience et persévérance à employer les remèdes qui sont indiqués par la nature du cas, et que j'ai décrits en détail en parlant du traitement de l'eczéma.

J'ai encore à parler des rechutes qui, à différents degrés d'intensité, surviendront dans certains cas, quel que soit le traitement que l'on suive. Elles sont cependant infiniment moins communes après la gale qu'après toute autre maladie de peau, et proviennent sans doute le plus souvent d'une nouvelle infection bien plus que de l'insuccès des remèdes qui auraient dû détruire les acares. Par rapport à cette question, il serait du plus haut intérêt de savoir exactement combien de temps les œufs de ce parasite conservent leur vitalité après qu'ils se sont trouvés en contact avec l'une ou l'autre des substances qui tuent l'acarus lui-même; et si les œufs que l'on trouve dans le linge ou les autres vêtements du malade (lorsqu'il se gratte) gardent pendant un certain temps l'aptitude à se développer ultérieurement. Jusqu'à ce jour cependant les médecins (Menschen-Aerzten) ont fait trop peu d'expériences à ce sujet pour qu'il soit possible d'en tirer quelques conclusions sur la manière dont se produisent les récidives de la gale. Autrefois on employait divers modes de désinfection, afin de détruire tous les acares vivants ou les œufs qui pouvaient se trouver chez les personnes qui avaient eu la gale. Ainsi, les médecins français avaient l'habitude d'exposer le linge et d'autres vêtements de leurs malades à l'action du gaz acide sulfureux pendant un temps considérable, on les plaçait dans une espèce de four (Lausöfen, Backöfen) ou autre appareil dans lequel l'air était chauffé à une température d'au moins 145° Fahr. (62° centigr.); selon Fischer, de 235° Fahr. (112°,78 c.). Les hôpitaux militaires autrichiens sont pourvus d'une chaudière à double fond, construite dans le même but. Entre les deux, il y a un espace contenant de l'eau. Lorsqu'on doit se servir de l'appareil, on place les objets que l'on veut désinfecter dans la cavité qui se trouve dans la

partie interne; on recouvre l'appareil et l'on applique la chaleur. De cette manière, les vêtements sont soumis à une température suffisamment élevée, tandis que la vaporisation de l'eau empêche qu'ils ne soient brûlés. Volz pense que pour désinfecter des vêtements de galeux il suffit de les battre avec soin, de laver avec du savon et de l'eau les poignets, les boutonnières, le rebord des poches, etc., et en dernier lieu de les arroser avec de l'huile de térébenthine. Küchenmeister conseille, dans le but de prévenir les récidives, d'échauder, de laver et de sécher les chemises, les caleçons, les chaussettes et autres linges, et d'employer le gaz acide sulfureux pour désinfecter les autres vêtements ainsi que les porte-monnaie ou bourses (avec l'argent qu'elles contenaient), ainsi que les sacs, tels que ceux dont se servent les journaliers.

Mais dans mon opinion (que, cependant, je considère comme provisionnelle) toutes ces précautions sont inutiles. Dans l'hôpital général de Vienne, où l'on vient se faire soigner et où l'on guérit chaque année 1500 cas de gale, les récidives n'excèdent jamais 1 pour 100. Cependant, dans cet établissement, on n'a jamais eu recours à aucune mesure quelconque de désinfection, bien que l'on ait à sa disposition un four et un bain à vapeur tels que ceux que j'ai décrits plus haut et qu'il serait très-facile d'employer si on le jugeait nécessaire.

Tous ces procédés détériorent plus ou moins les vêtements; et l'acide sulfureux, en particulier, détruit leur couleur. Aussi, puisque l'expérience n'a nullement démontré la nécessité de les désinfecter, on doit être satisfait d'éviter le dommage que les procédés de désinfection occasionneraient inévitablement et d'épargner en même temps à l'hôpital la dépense du combustible.

CHAPITRE XXI

PRURIGO.

(*Juckblattern*, *Juckblätterchen*).

Historique. — Lorsque l'on considère les notions erronées qu'on possédait autrefois sur les maladies cutanées et les difficultés au point de vue du diagnostic que présentait en particulier cette affection, on ne sera nullement surpris de ne trouver que des données insignifiantes

dans les ouvrages des anciens médecins, si tant est qu'ils l'aient jamais reconnue comme une affection indépendante.

Hippocrate, il est vrai, décrit une maladie de la peau accompagnée d'une vive démangeaison, qu'il appelait Συσμός (1), nom que les Grecs changèrent plus tard en Κνυσμός ou Κνησμός, et dont ils se servirent pour désigner toute espèce de démangeaison de la peau. Mais il est plus que probable qu'Hippocrate attachait la même idée vague à cette dénomination, à ce mot, et qu'il peut à peine avoir voulu l'appliquer au *prurigo* proprement dit.

Galien définit le mot « *pruritus* » un picotement à la peau, et l'explique comme étant la conséquence d'excreta rejetés; par conséquent il admet que ce sont les personnes affectées « d'âcretés » du sang qui sont sujettes à cette sensation.

Celse emploie le terme prurigo pour désigner une sensation qui constitue un pronostic défavorable dans les maladies; mais Pline semble déjà avoir apprécié la différence existant entre la gale et le prurigo. Cette impression est encore plus manifeste chez Avicennes, car il dit : « *In pruritu non sunt pustulæ* (*botor*) *sicuti in scabie.* » Les autres auteurs arabes employaient le nom « Essera » pour désigner toute espèce de maladies de peau accompagnées de démangeaison; il en résulte qu'ils confondaient évidemment le prurigo avec la gale, l'urticaire et l'eczéma, et qu'ils ignoraient ses caractères spéciaux tout autant que les autres médecins du moyen âge.

Ce n'est qu'au XVIe siècle que l'on trouve, en Fernelius Ambianus (2), un auteur qui connût la maladie en question. Car sous le titre « Impetigo », il introduit les caractères d'une maladie qui concordent parfaitement avec notre moderne prurigo. Il dit : « *Cutis est asperitas dura et sicca cum ingenti prurigine, ex siccis enim pustulis fit, scabies vero ex humidis.* » Après avoir encore divisé l'impétigo en quatre variétés, — il décrit la première de la manière suivante : « *Una admodum simplex, quâ cutis rubra, dura exasperataque vehementi pruritu roditur, simplicis pruritûs nomine continetur* », passage dans lequel il ne faut pas oublier de rappeler que les mots « ὁ Κνησμός, prurigo » se trouvent en marge. Mais dans les œuvres d'auteurs plus modernes, comme Sennertus, Ingrassias, Manardus et autres, on ne trouve pas la plus légère mention indiquant le prurigo comme une dermatose distincte. Mercurialis et Hafenreffer se servent du terme « pruritus » pour indi-

(1) Συσμοι τοῦ σώματος ὅλον, Aphor. 111, 31.

(2) « Johannis Fernelii Ambiani Universa Medicina ». Francofortii, 1592. « De externis corporis affectibus », lib. VII, cap. IV, p. 341.

quer certaines maladies de la peau accompagnées de démangeaison, mais sans aucune éruption à la surface. Le premier écrit : « *Præterea in aliis affectibus qui junctum habent pruritum, a cute semper emanat aliqua sanies, in pruritu nihil emanat;* » et le dernier : « *Pruritus est tristis sensatio, desiderium scalpendi excitans, sine cutis asperitate vel ulceratione.* » Tous les deux, par ces passages, semblent avoir eu une vague notion en partie du prurigo proprement dit, en partie d'autres affections qui produisent de la démangeaison; et la même remarque s'applique aux écrivains du siècle dernier, Sauvages, Lorry et Plenck. Sauvages, il est vrai, mentionne le pruritus comme un symptôme d'autres affections, et le distingue de la gale; mais il n'a nulle part fait à cette importante maladie l'honneur d'une description achevée. Lorry décrit, sous le titre « papula », les affections connues aujourd'hui sous les noms d'acné, de sudamina et d'urticaire, ainsi que celles qui, comme il le prétendit, étaient comprises dans le « pruritus » par les écrivains arabes. Mais il ne fait que mentionner la démangeaison et l'altération du sang (*summa acredo*), que l'on supposait être sa cause, sans entrer dans aucune description détaillée des phénomènes extérieurs de la maladie. Et dans les ouvrages de Plenck, on ne trouve pas même indiqué le nom de *pruritus*, la seule de ses définitions aphoristiques qui puisse concorder avec notre prurigo étant celle de l'*Herpes simplex*.

Ce ne fut en effet qu'à l'époque de Willan, qui traite longuement de cette affection sous le nom de *prurigo* et le représente dans ses planches, qu'on lui donna sa place naturelle comme une maladie indépendante de la peau. Il le rangea dans son système nosologique parmi les *papulæ*, et les médecins ses compatriotes et ceux des autres pays suivirent son exemple avec de très-légères modifications personnelles. Dans ce nombre je mentionnerai Bateman, Plumbe, Green, Wilson, Hunt et Thomson, en Angleterre; Alibert, de Chamberet, Muronwall, Rayer, Biett, Cazenave, Gibert, Devergie, Chausit, Duchesne, Hardy et Bazin, en France; et Riecke, Fuchs, Simon, Joseph Frank, Behrend et Struve, en Allemagne.

Mais parmi toutes ces autorités, je n'ai pas trouvé une seule définition exacte de cette maladie. Willan lui-même a commis l'erreur, d'après moi, d'associer le prurigo à d'autres affections prurigineuses de la peau. Ses variétés sont le *Prurigo mitis*, le *P. formicans*, le *P. senilis* et le *P. localis;* mais tandis que dans les deux premiers il mentionne la présence de papules, dans sa description du *P. senilis*, il insiste presque exclusivement sur la démangeaison, et dit explicite-

ment que dans cette variété la peau peut, soit présenter un aspect uni et brillant, soit être inégale ou recouverte de petites papules sans aucune éruption de vésicules distinctes.

Il fait, en outre, allusion à ce fait que dans certains cas de *P. senilis* on trouve une quantité de petits insectes, qu'il ne paraît même pas avoir aperçu plus d'une fois, mais qu'il décrit et figure dans son ouvrage, les plaçant dans le genre *Pulex*. Mais il fait remarquer que dans cette variété de la maladie l'état de la peau est plus fréquemment favorable au développement d'un insecte différent, savoir : le *Pediculus hominis*, et notamment l'espèce appelée poux des vêtements (*P. corporis seu vestimentorum*). Enfin, en décrivant les formes du *P. localis*, Willan ne fait mention d'aucun phénomène externe, à l'exception de ceux produits par les grattages.

Cette manière incorrecte de subdiviser le prurigo a été aveuglément suivie par tous les auteurs mentionnés ci-dessus, qui n'ont que très-légèrement modifié les noms inventés par Willan pour ses quatre espèces, ou changé leur ordre, ou tout au plus en ont indiqué de nouvelles; de sorte que par la suite du temps il s'est ajouté, outre les variétés primitives, le *Prurigo lichenoides seu furfurans*, *P. pedicularis* et les différentes espèces locales connues sous les noms de *P. podicis*, *P. pudendorum*, *P. scroti et vulvæ*, *P. perinæi*, *P. palmæ manus*, *P. plantæ pedis*. Mais ma conviction personnelle est que, entre le *Prurigo e papulis* (qui comprend le *P. mitis* et le *P. formicans* de Willan) et le *Prurigo latens vel sine papulis* (renfermant toutes les autres espèces), il n'existe aucune relation ni dans leur anatomie, ni dans leur pathologie, ni dans leur étiologie ; et que par conséquent il n'y a aucun motif pour justifier le classement de ces formes distinctes de maladie comme constituant les espèces d'un seul genre.

Définition. — Si l'on examine attentivement et sans préjugés les phénomènes offerts par le prurigo, les différences essentielles existant entre les diverses affections qui ont reçu ce nom depuis l'époque de Willan jusqu'à ce jour deviendront évidentes. On peut distinguer les suivantes :

1° Une maladie cutanée spéciale, caractérisée par un prurit intolérable et par le développement de petites papules ayant la même coloration que la peau saine ou seulement d'une nuance plus rouge, forme correspondant aux descriptions de Willan du *Prurigo mitis* et *formicans*.

2° L'irritation de la peau, que l'on observe si souvent dans la vieillesse sans aucune modification appréciable, *Prurigo senilis*.

3° Cette même sensation que l'on éprouve souvent dans différentes affections telles que la dyspepsie, l'albuminurie, l'ictère, l'aménorrhée, les maladies de la vessie ou des ovaires ; sensation qui peut être localisée dans diverses régions du corps, et qu'on a pour ce motif décrite comme *Prurigo localis* (*P. podicis*, *plantarum*, *palmarum*, *genitalium*).

4° Enfin, cet état du tégument qui est caractérisé par de nombreuses excoriations dans différentes parties du corps, occasionnées par les grattages violents et réitérés du malade, et tenant à la présence de divers parasites, notamment des *Pediculi vestimentorum*. Willan désignait cet état sous le nom de *Prurigo pedicularis*, Alibert sous celui de *Psoride papuleuse pédiculaire*, Fuchs de *Cnesmus acariasis*, et plusieurs auteurs anciens et modernes l'ont décrit sous la dénomination de *Phtheiriasis*.

Or, de ces quatre affections la première seule mérite d'être appelée une maladie de la peau dans le sens strict du mot. Car ce n'est que dans le *P. mitis* et *formicans* que des changements morbides dans les tissus tégumentaires précèdent et causent la démangeaison; tandis que dans les autres soi-disant espèces de la maladie, on suppose que cette sensation est sous la dépendance de quelque cause encore inconnue (probablement une innervation irrégulière de la peau), comme dans le *P. senilis*, ou d'états morbides de certains autres organes, y compris peut-être le sang, ou finalement de l'irritation évidemment provoquée par la présence de poux. A mon avis, il serait préférable de se servir de la vieille expression de *Pruritus cutaneus* pour les trois dernières de ces conditions morbides, parce que, à l'exception des résultats du grattage, le seul trouble de la santé consiste dans la sensation de démangeaison, et l'on devrait alors restreindre le mot prurigo à l'affection dans laquelle ce symptôme est précédé par une éruption de papules. En d'autres termes, je considère seulement comme « Prurigo » la maladie que Willan appelait *P. mitis* et *formicans*, et je désigne la simple démangeaison de la peau par *Pruritus cutaneus*.

Marche. — Pour bien comprendre l'affection que je viens ainsi de définir, il ne suffit pas de considérer certains symptômes qui surviennent pendant son évolution, comme l'indique Willan, en faisant de l'éruption papulaire, qui saute aux yeux, le signe pathognomonique du prurigo. Il faut prendre en légitime considération *tous* les phénomènes morbides qui se manifestent successivement, et les changements qui ont lieu dans diverses parties du tégument. Et on ne peut le faire que lorsqu'on a étudié non-seulement les caractères communs à tous les

cas de la maladie, mais aussi ces *suites* plus inusitées et exceptionnelles qui sont accidentellement consécutives à une attaque.

Mon premier soin est donc d'exposer les symptômes ordinaires du prurigo (*P. simplex* de l'auteur, *P. mitis* et *formicans* de Willan).

Dans tous les cas, le premier phénomène qui se manifeste consiste en la présence de papules sous-épidermiques, du volume de grains de chènevis, plus facilement appréciables au toucher qu'à la vue, puisqu'elles ne s'élèvent que très-peu au-dessus du niveau de la peau, et n'en diffèrent nullement par la couleur. Elles sont toujours isolées, et bien qu'elles puissent survenir en toutes sortes de points, il y a des régions sur lesquelles on ne les rencontre jamais. Elles déterminent une grande irritation, et, par suite des grattages, elles s'élèvent bientôt un peu au-dessus de la surface et deviennent aussi quelquefois rouges. Des grattages répétés détruisent l'épiderme qui recouvre le sommet des papules ; et de cette manière on aperçoit leur contenu, — parfois une sérosité transparente et incolore, d'autres fois une sérosité jaunâtre, — ou bien une papille du chorion est à la fin lésée, et il s'échappe de son vaisseau capillaire une gouttelette de sang, qui se dessèche sous forme d'une croûte noire au sommet de la papule, ayant la grosseur d'une tête d'épingle. Il survient toujours bon nombre de papules, et ce processus, répété suivant l'étendue de l'éruption, produira l'aspect présenté par le prurigo ordinaire.

Cependant, lorsque cette affection a duré un certain temps, de nouveaux phénomènes viennent s'ajouter à ceux que j'ai déjà mentionnés. On remarque, s'accroissant constamment, un dépôt pigmentaire foncé dans l'épiderme, dépôt qui évidemment provient des grattages du malade, car il correspond toujours aux excoriations et par sa distribution et par son intensité. Dans tous les cas de prurigo de longue durée, on observe, en outre, que les légères dépressions, les lignes et les sillons, qui recouvrent la surface de la peau dans l'état de santé, deviennent graduellement plus distantes les unes des autres et beaucoup plus foncées : ce phénomène est notamment remarquable sur les doigts, le dos de la main et le poignet. Les nombreux petits poils follets qui percent la peau partout, ainsi que ceux qui sont plus épais et plus longs, paraissent être arrachés par les ongles du malade, et s'ils n'ont pas entièrement disparus, ils sont beaucoup plus courts et plus roides qu'ils ne l'étaient dans l'état normal. Enfin, la peau elle-même semble plus dure et plus épaisse que lorsqu'elle est saine.

Bon nombre de cas de prurigo ne présentent jamais d'autres caractères que ceux-ci, à un degré plus ou moins prononcé, même lorsque

la maladie a persisté pendant toute la vie. Mais dans d'autres circonstances et dans des cas plus exceptionnels, il survient une autre série de phénomènes, que je vais actuellement décrire :

La première particularité de ce type plus grave de la maladie, que je désignerai sous le nom de *Prurigo agria s. ferox*, est que tous les symptômes caractéristiques de la forme ordinaire se manifestent à un degré exagéré ; les papules sont plus grosses, le prurit plus intense, les excoriations plus accusées et les croûtes sanguines qu'elles occasionnent plus nombreuses. Mais, outre tous ces symptômes, on peut encore observer sur la pigmentation brune de la peau, entre les croûtes noires de sang desséché, que les couches épidermiques les plus élevées sont détachées des autres, sous forme d'une poussière farineuse blanche, adhérant à la surface, et simulant ainsi l'aspect du *Pityriasis nigra* de Willan, ou l'*Ichthyosis nacrée* d'Alibert.

Dans d'autres cas de cette forme grave de prurigo on peut voir se développer tous les phénomènes de l'*Eczema rubrum*, soit sur la surface entière, soit sur la plupart des points du tégument affecté, jusqu'à ce qu'on puisse être tenté de considérer le tout comme un simple eczéma, tant la maladie secondaire obscurcit les symptômes de l'affection primitive. Ou, enfin, le liquide contenu dans les papules prurigineuses peut devenir purulent ; chaque papule se transforme en une pustule, et l'on trouve ou une éruption pustuleuse de volume et de quantité variables, mais mêlée avec l'efflorescence primitive, et se changeant ensuite en croûtes ; ou, si les papules sont agglomérées, après leur transformation pustuleuse elles se trouvent facilement en contact mutuel, s'unissent et forment ainsi une couche purulente continue au-dessous de l'épiderme, qui se dessèche ensuite en croûtes de grandes dimensions. Willan paraît avoir eu en vue ce dernier état lorsqu'il a décrit son *Impetigo scabida* comme une affection caractérisée par la formation de croûtes lamelleuses sur les extrémités inférieures, qu'elles peuvent par la suite recouvrir complétement.

On voit immédiatement, d'après ce que je viens de dire, qu'il y a bien des cas de prurigo qui peuvent, au premier abord, être pris pour toute autre affection, — pour l'ichthyose, l'eczéma, l'impétigo ou l'ecthyma, parce que les papules spéciales et caractéristiques de la première maladie sont effacées par d'autres lésions plus saillantes. Afin de ne pas s'exposer à être trompé par ces phénomènes accidentels, il est nécessaire d'apprécier les signes diagnostiques du prurigo, non d'après ce que l'on peut voir çà et là sur la peau, mais d'après l'impression générale, que l'œil devrait toujours être dressé à rece-

voir (1). En examinant la maladie à ce point de vue, on remarque bientôt qu'en premier lieu sa distribution universelle, et puis sa localisation particulière, fournissent des caractères qui la distinguent des autres affections cutanées.

Si l'on examine successivement les différentes régions du corps chez un malade atteint de prurigo, on trouvera le cuir chevelu complétement indemne de toute espèce d'éruption, mais les cheveux paraîtront ternes, secs au toucher, et feront souvent l'effet d'avoir été saupoudrés avec de la poussière. La figure, notamment chez les malades jeunes, est ordinairement nette et d'une couleur pâle, ou bien on peut observer quelques papules disséminées sur les joues, les unes intactes, d'autres altérées par des grattages. Il y a, toutefois, des cas dans lesquels on en trouve un nombre considérable dans cette région; elle peut aussi devenir le siége d'un eczéma impétigineux. Il est rare de voir quelques traces bien prononcées de prurigo sur le cou ou la nuque; mais toute la région thoracique, sur les faces antérieure et postérieure, est recouverte assez uniformément de papules, les unes appréciables seulement au toucher, tandis que d'autres s'élèvent au-dessus de la surface cutanée, de manière à devenir visibles à l'œil, et d'autres sont recouvertes d'une petite croûte de sang desséché. La peau de l'abdomen, celle de la région lombaire et des fesses présente un aspect analogue; mais c'est sur les membres, notamment sur leur surface dans le sens de l'extension, que l'on rencontre la forme la plus

(1) Remarque essentiellement juste, que les médecins non-spécialistes prendront sans doute pour une fin de non-recevoir, mais dont tous les spécialistes reconnaîtront la haute valeur pratique. En dermatologie, comme dans toutes les branches de la médecine, il y a un ensemble de traits fugitifs, de nuances vagues, impossibles à définir, à décrire, à enseigner, et qui cependant fournissent à l'art du diagnostic ses plus sûrs éléments. Un vieux juge d'instruction me disait : « A peine le prévenu s'est-il assis devant moi que je sais s'il est coupable. L'interrogatoire subséquent ne sert à m'éclairer que sur le pourquoi et le comment. » De même, le plus souvent, nous jugeons d'une maladie sur sa *physionomie;* nous sentons que nous ne nous trompons pas, et cependant il nous serait parfois impossible de dire comment nous avons été conduits à la vérité.

Mais pour ces sortes d'intuitions, — qui souvent remplacent avec avantage le laborieux diagnostic classique, — il faut absolument, ce que recommande Hebra, il faut un examen de *l'ensemble.* Plus d'une fois nous avons vu un homme que nous aimons à citer, M. Diday, pénétré à un tel point de cette vérité, qu'il faisait déshabiller complétement ses clients syphilitiques ou dartreux, avant de consentir à jeter sur eux un coup d'œil, sachant combien ce premier coup d'œil, si décisif, a besoin de tout embrasser à la fois!

A ce point de vue, il faut le dire, le mot *ensemble* ne doit pas s'entendre seulement de l'individu entier, mais bien aussi des régions. Pour ne pas sortir du sujet actuel, nous n'apprendrons rien aux vrais praticiens, nous ne ferons que leur rappeler un précepte largement mis à profit par leur expérience en rappelant que le diagnostic du prurigo se fait tout aussi bien par un regard jeté sur la face externe du bras, celui de la gale par l'inspection de la face antérieure de l'avant-bras, que par la plus minutieuse investigation histologique ou micrographique. (A. D.)

intense de la maladie. La peau y a une teinte plus foncée que partout ailleurs, et son épaississement est en proportion de la durée de l'affection ; ses lignes et ses sillons sont plus distinctement marqués sur les surfaces dans le sens de l'extension que sur celles dans le sens de la flexion, et surtout au poignet, sur le dos des mains, les doigts et la partie correspondante de la malléole et du cou-de-pied où l'on peut voir des lignes profondes et apparentes beaucoup plus séparées que dans l'état normal. L'éruption est moins abondante au-dessus du coude que sur l'avant-bras, sur la cuisse que sur la jambe et sur l'extrémité supérieure que sur l'inférieure. C'est au-dessous du genou qu'elle est le plus fortement développée, et là, il est facile, avec un peu d'habitude, de reconnaître tous les cas de prurigo, au toucher seul ; car la peau au toucher est aussi rude qu'une lime, et lorsqu'on passe dessus la *main fermée*, elle produit un son analogue à celui qu'occasionnerait une brosse à ongles à poils courts ou du papier grossier (1), et détermine une sensation de picotement dans les doigts. Non-seulement dans le prurigo ordinaire on trouve un plus grand nombre de papules et une rugosité plus accusée de la peau des extrémités inférieures que dans d'autres régions, mais c'est encore là que l'on rencontre la plus grande quantité de pustules, ou l'eczéma le plus intense, quand ces accidents viennent à s'y ajouter. Il est, toutefois, très-digne de remarque que dans tous les cas de prurigo la peau qui recouvre le pli d'une articulation reste parfaitement intacte et paraît unie, douce et saine ou seulement, dans des circonstances très-rares et exceptionnelles, présente quelques papules ou un léger degré d'eczéma. Les aisselles, les coudes, les surfaces dans le sens de la flexion des poignets et de la paume des mains, les aines, le creux des jarrets et la plante des pieds sont, par conséquent, presque toujours indemnes, à la vue et au toucher.

Lorsqu'il survient un eczéma ou ecthyma considérable des jambes, les glandes lymphatiques les plus proches s'engorgent, notamment celles situées sur la face antérieure ou sur le côté interne des cuisses, et arrivent souvent à atteindre la grosseur du poing. Ces bubons ne sont pas nécessairement particuliers au prurigo : personne n'ignore qu'ils surviennent partout où il y a une ulcération ou une exsudation des régions dont les glandes enflammées reçoivent des vaisseaux lymphatiques ; mais dans aucune autre affection ils ne s'observent aussi fréquemment tuméfiés d'une manière symétrique sur chaque côté du corps ;

(1) Le papier gris ordinaire allemand dont on se sert pour les emballages, notamment pour les jouets de fer-blanc, qui sont importés en boîte dans ce pays.
(*Note de l'éditeur anglais.*)

aussi pourraient-ils rationnellement être appelés « Bubons du prurigo ». — Si à ces symptômes on ajoute une pigmentation de la peau, qui marche *pari passu* avec les excoriations produites par les grattages, on est en possession de séries continues de phénomènes (« einen Symptomencomplex ») que l'on ne rencontre complétement dans aucune autre maladie, et que l'on peut en conséquence considérer comme pathognomonique du prurigo.

La marche que suit cette affection, que sa forme soit bénigne ou plus grave, est éminemment chronique, persistant en général pendant toute la vie du malade, de sorte que, quant à moi du moins, je n'ai jamais vu des cas de guérison complète et spontanée. On doit vivement regretter que dans aucun des ouvrages ordinaires sur la dermatologie, on n'attache à l'incurabilité du prurigo l'importance que réclament les faits. Cette indifférence s'explique, je crois, par l'idée en général confuse que l'on a de la maladie, confusion que j'ai critiquée longuement ci-dessus; car certainement ceux-là avoueront l'incurabilité du véritable prurigo, qui ne le confondent pas avec les excoriations résultant de la présence de poux (*P. pedicularis*), ou avec l'hyperesthésie propre à la vieillesse (*Pruritus senilis*).

Il ne faut pas oublier non plus qu'on rencontre encore des médecins qui ne sont pas assez familiers avec les caractères diagnostiques de la gale pour distinguer tous les cas de prurigo d'avec ceux de cette maladie, et notamment le *P. mitis* d'avec ce qu'on appelle la forme papuleuse de la gale, erreur qui a même été commise par des professeurs de dermatologie.

Mais quoique je soutienne que le prurigo, comme tel, ne peut jamais être guéri, soit par le fait de son évolution naturelle, soit grâce à des moyens artificiels de traitement, j'admets qu'il ne conserve pas le même degré d'intensité durant toute la vie du malade, et qu'il y a des périodes, notamment dans des cas moins graves, durant lesquelles la maladie se trouve réduite à un minimum, au point que pour ceux qui ne sont pas versés dans le diagnostic, elle pourra même paraître alors avoir disparu. C'est ce qui a lieu souvent pendant l'été, lorsque sous l'influence d'une transpiration abondante, aidée de bains fréquents, l'épiderme est adouci, perd de sa rudesse et de sa sécheresse, et n'offre plus qu'un petit nombre de papules.

Ce n'est pas là, du reste, un phénomène rare dans la marche du prurigo; car chaque attaque plus grave sous forme de *P. agria* paraîtra, dans les mêmes circonstances, — d'élévation de température et de bains répétés, — être de temps à autre soulagée; et, bien que le

mal ne disparaisse pas entièrement, il pourra être réduit à un minimum. Mais ces exacerbations et rémissions, que présente un cas de prurigo pendant son évolution, ressemblent à celles que l'on observe dans toute maladie chronique.

On a prétendu que lorsque cette affection a persisté pendant un temps considérable, elle peut produire diverses autres maladies, telles que des hydropisies, des affections morales, la tuberculose. Mes observations personnelles ne confirment pas cette manière de voir, bien que je ne veuille nullement soutenir que le prurigo soit l'antagoniste de ces affections. Un malade peut les contracter, *ou toutes les autres*, — la pneumonie, par exemple, la fièvre, la mélancolie, des affections du cœur; mais son prurigo ne saurait pas plus le prédisposer à ces maladies que le protéger contre elles; car en vérité, si on ne les rencontrait jamais dans ces cas, ne serait-on pas obligé d'en conclure que le prurigo met obstacle à leur apparition?...

On doit sans doute expliquer par une erreur de diagnostic l'idée d'une combinaison et d'une alternance entre le prurigo et d'autres affections. Il y a un grand nombre de maladies fugitives et chroniques qui s'accompagnent de démangeaison et par conséquent d'excoriations causées par le grattage. Ainsi la peau d'une personne souffrant d'un simple prurit offrira une certaine ressemblance avec celle d'une autre affectée d'un vrai prurigo. Mais si l'on a soin de tenir compte de l'aspect général présenté par la dernière maladie, on n'aura aucune difficulté à la distinguer de l'autre. J'en donnerai quelques exemples.

Tout le monde sait que la jaunisse s'accompagne, dans bon nombre de cas, d'une vive démangeaison, bien qu'on en rencontre tout autant là où il n'existe pas d'ictère. Or, si une personne atteinte de jaunisse se gratte pour soulager une irritation cutanée, elle déterminera des excoriations semblables à celle du prurigo. Mais jamais ni elles n'atteindront l'étendue de ces dernières, ni elles ne conserveront leur localisation précise, et l'on n'y verra pas non plus les autres changements caractéristiques.

Depuis que les recherches de Bright ont fait connaître que les affections des reins peuvent causer une sécrétion d'albumine avec l'urine et que l'anémie ainsi produite peut à son tour provoquer une infiltration séreuse dans le tissu conjonctif (anasarque), ou dans les différentes cavités du cœur (ascite, hydrothorax, hydrocéphalie), on a observé des cas dans lesquels l'albuminurie et l'hydropisie s'accompagnaient de démangeaison de la peau : ce prurit provoquait des grattages et amenait en conséquence un état du tégument analogue à celui

que présente le prurigo. Ce sont sans doute ces faits qui ont conduit Alibert à affirmer que le prurigo et l'hydropisie sont quelquefois combinés. Mais il n'est nullement nécessaire de s'étendre sur la différence existant entre un tel état et le véritable prurigo, car si l'on étudie avec soin les circonstances concomitantes, il ne saurait y avoir de doutes quant au diagnostic.

Si l'on se souvient des souffrances qu'un malade est condamné à supporter durant plusieurs années de sa vie par suite du tourment inconcevable que cause cette affection, on ne sera pas étonné s'il perd quelquefois à la fin son courage moral, et si par dégoût de la vie il cherche à se débarrasser d'un tel fardeau par la violence. C'est une supposition charitable et peut-être juste que d'attribuer un tel acte à une aliénation mentale plus ou moins prononcée, et cette opinion que le prurigo peut conduire à des troubles intellectuels est parfaitement justifiée. Mais c'est heureusement un résultat rare, comme le prouve ce fait que, de tous les malades que j'ai connus atteints de prurigo, un seul s'est suicidé pour cette cause (1).

Lorsqu'on envisage le cours de la vie d'une personne affectée de cette maladie, combien dans son enfance son habitude constante de se gratter l'a fait gronder par ses maîtres, plaisanter par ses camarades; combien plus tard, et notamment si elle appartient à la classe ouvrière, et si elle est dans l'impossibilité de se procurer une chambre séparée ou même un lit, elle est raillée par ses compagnes, qui refuseront même de se trouver en rapport avec elle, de crainte d'infection, ou parce que ses continuels grattages troublent leur sommeil; combien, si elle appartient aux classes plus élevées de la société, il lui est difficile de s'y mêler, de se créer un intérieur ou de se marier, — on ne sera pas surpris qu'une personne tourmentée d'une manière aussi terrible prenne la vie en dégoût et ne trouve son comfort solitaire, ainsi que l'exemption du service militaire, une misérable compensation à ses nombreuses afflictions.

Diagnostic. — Les développements étendus que j'ai donnés aux phénomènes caractéristiques du prurigo rendent tout à fait superflu de traiter ce sujet : je me bornerai donc simplement à énumérer

(1) Si explicite, si absolu en général, Hebra, on l'aura remarqué, n'avance cette explication qu'avec une réserve qui empêche même de savoir s'il y ajoute réellement foi lui-même. Quoi qu'il en soit, une circonstance en confirme la valeur; c'est que, si c'était l'excès des souffrances dues au prurigo qui cause l'affection mentale, on verrait cette affection apparaître au moment de la plus vive exaspération du prurigo, tandis que, au contraire, c'est quand le prurigo, irrationnellement traité, s'apaise et s'efface, qu'on observe l'invasion de certaines affections, mentales, pulmonaires ou hépatiques. (A. D.)

les maladies avec lesquelles il est possible de les confondre. Ce sont: 1° les phénomènes causés par le *Pruritus cutaneus,* ou irritation de la peau, due à toute autre cause qu'une éruption papuleuse; 2° les excoriations et autres effets de piqûres résultant de différents épizoa, tels que poux, punaises, acares, etc.; 3° la gale dans toutes ses variétés d'aspect; 4° l'*Urticaria chronica;* 5° l'eczéma, l'impétigo ou l'ecthyma, lorsqu'ils compliquent une première attaque de prurigo. Tous ceux qui suivront le principe énoncé ci-dessus de fonder le diagnostic non sur un seul symptôme, mais sur l'apparence générale de tous les phénomènes, n'éprouveront aucune difficulté à différencier la vraie maladie de celles qui lui ressemblent par quelques-uns de leurs symptômes.

Pronostic. — La perspective qui s'offre à un malheureux affligé de prurigo a déjà été peinte sous des couleurs assez sombres. Seulement ceux qui ne connaissent pas cette maladie dans toute sa puissance pourront affirmer qu'elle est rarement curable. Mais il ne suffit pas de dire qu'elle se guérit rarement; car à ce compte, dans certaines conditions on pourrait la guérir; non, elle est *incurable.* Il résulte de là que tout ce que le médecin peut faire, c'est d'employer des moyens à l'aide desquels il puisse rendre plus tolérable le sort de la personne qui souffre et qui se trouve éprouvée d'une manière aussi pénible et de l'empêcher de tomber dans le désespoir (1).

Anatomie.—Si l'on enlève horizontalement avec des ciseaux la partie supérieure d'une papule de prurigo, il s'écoule de son intérieur une goutte de liquide jaunâtre, transparent, qui laisse voir sous le microscope des cellules épidermiques et des disques sanguins, et çà et là un globule de pus. Mais la couche d'épiderme que l'on a coupée ne diffère nullement de toute partie semblable de la peau à l'état normal. Il est donc permis d'en conclure que chaque papule de prurigo est formée d'*une collection de liquide dans les couches les plus profondes de l'épiderme*, et de l'élévation consécutive de ses couches les plus superficielles: de sorte que sa structure présente la plus grande analogie avec une vésicule: elle n'en diffère que par la petite quantité de liquide qu'elle contient, et par la plus grande épaisseur de son enveloppe. Il est évident, à l'œil nu, que les cellules épidermiques ainsi élevées renferment plus de pigment que d'autres, et l'emploi du microscope ne fait que confirmer cette conclusion.

Sur plusieurs points de la peau et notamment sur le dos des mains,

(1) Quant à ce désespoir sur lequel Hebra insiste tant et dont une pratique assez étendue ne m'a offert que fort peu d'exemples, on s'explique aisément sa rareté en songeant que cette sorte de prurigo existe le plus souvent dès l'enfance et que, par conséquent, l'individu a eu tout le temps de s'accoutumer aux souffrances et aux incommodités dont il devient la cause. (A. D.)

autour des poignets des individus atteints de prurigo, on observera que les papilles sont plus grandes et plus complétement développées que partout ailleurs : mais ceci n'est point particulier au prurigo, et l'on sait très-bien que ce phénomène se produit dans toutes les dermatoses chroniques après un certain temps. Il est impossible de déterminer avec certitude si l'appareil glandulaire de la peau se trouve compris avec ses autres tissus dans ce processus, et, si cela est, jusqu'à quel point il y participe. Mais ce fait que la paume des mains et la plante des pieds sont constamment indemnes d'éruption, et que d'un autre côté on voit souvent des papules traversées par un poil, offre un intérêt considérable, et indique la possibilité que les follicules sébacés soient envahis par ce processus pathologique. En outre, je dois mentionner que la maladie appelée par Willan *Molluscum contagiosum*, qui consiste en un sébum athéromateux plus ou moins mou, accumulé dans le canal excréteur d'une glande sébacée, et qui le dilate en forme de tumeur, survient fréquemment dans le prurigo ; et ceci nous apprend que dans ces cas du moins les follicules sébacés ne sont pas exempts de l'affection.

Étiologie.—On trouve dans les traités de dermatologie les opinions les plus contradictoires sur l'origine de cette affection. Ceux qui admettent une *Dyscrasia psorica* sont disposés à représenter le prurigo comme l'expression de la plus haute gravité de cette maladie, et plus particulièrement comme provenant d'une psore invétérée. J'ai déjà pleinement exposé mes opinions personnelles sur cette prétendue « dyscrasie », en discutant l'étiologie de la gale, et je renvoie le lecteur à ce passage. En effet, puisque la majorité des médecins sont convaincus que l'on doit regarder la *Dyscrasia psorica* comme un simple fantôme ancré dans le cerveau de certains pathologistes romantiques, et nulle part ailleurs, son importance dans une discussion sur la cause du prurigo disparaît, et elle ne conserve qu'un intérêt historique secondaire (1).

(1) L'analogie qu'Hebra invoque ici nous semble dépasser toutes les limites admises en pathologie. L'argument contre la diathèse psorique était valable quand on le tirait de l'étude de la gale, parce que, dans cette maladie, la présence et le rôle de l'acarus permettent effectivement d'expliquer les symptômes tout autrement que par l'intervention d'une cause interne. Mais, dans le prurigo, qu'y a-t-il de semblable ? Et comment, sans que je prétende ici la spécifier, ne pas admettre une cause interne quelconque comme agent, là où toute autre influence pathogénique fait absolument défaut ? Que le professeur Hebra se mette à son aise vis-à-vis du principe herpétique quand il en discute la présence dans la gale, nous le comprenons. Mais battre en brèche ce principe morbide par d'aussi singuliers rapprochements, refuser de le voir nulle part dans le prurigo, comme dans l'eczéma, par cela seul qu'il n'est pas l'agent producteur de la gale, n'est-ce pas méconnaître, au nom d'une analogie qu'aucun praticien ne saurait admettre, les différences profondes qui séparent à cet égard les unes des autres ces diverses affections ? Du reste, nous avons déjà à plusieurs reprises exprimé notre pensée sur cette diathèse herpétique si énergiquement combattue par le professeur de Vienne, et qui selon nous, au

Mais il existe certaines autres hypothèses que je suis tenu de mentionner et de réfuter.

L'école de Schönlein a, comme personne ne l'ignore, inventé une dyscrasie appelée *Uroplania*, *Urodialysis*, dans laquelle les principes constitutifs de l'urine, au lieu d'être excrétés par les reins, sont en partie retenus et en partie expulsés par d'autres voies. Quoique comme Fuchs lui-même admettait (*loc. cit.*, p. 426) que personne n'eût jamais, de son temps, examiné le sang d'un individu atteint « d'Uroplania », cependant, s'appuyant sur les excisions de reins faites par Prévost et Dumas, il pensait que des résultats analogues pourraient survenir dans le corps humain sans une telle mutilation. Il ne dit pas sur quelles observations spéciales il base la première assertion, mais il continue à déclarer que lorsque l'*Uroplania* existe, les principes constitutifs de l'urine retenus sont le plus souvent et en premier lieu excrétés à travers les tissus qui enveloppent le corps, et notamment à travers la peau ; et ainsi des « Dermapostases » se produisent sous forme d'*Uridrosis* (excrétion d'urine par la sueur), ou de « *Cnesmus* » *vulgaris* (prurigo senilis) et *Cnesmus acariasis* (P. pedicularis), ou de *Pædophlysis*, *Pompholix*, *Esthiomenus* et *Urrhelkosis*. Cette hypothèse des successeurs de Schönlein est en contradiction complète avec nos connaissances actuelles, car les cas dans lesquels l'excrétion d'urine est en réalité empêchée par des affections des reins, des uretères, de la vessie ou de l'urèthre présentent des symptômes tout à fait différents de ceux décrits par ce qu'on appelle l'*école d'histoire naturelle de la médecine.* L'état qui est la conséquence d'un obstacle à l'excrétion régulière de l'urine, connu aujourd'hui sous le nom d'urémie, et que l'on suppose tenir à une décomposition de l'urée (1), peut donner lieu à des sueurs exagérées, et dans certains cas, probablement comme conséquence, à du prurit cutané; mais jusqu'à présent je n'ai jamais remarqué une éruption de papules, de vésicules, de bulles, ou des ulcères sur la face ou les membres, dans le cours d'une véritable urémie. De sorte que, d'après ce que l'on sait actuellement du prurigo, il est hors de doute qu'il ne dépend jamais de troubles dans la sécrétion ou l'excrétion de l'urine.

Une autre opinion sur l'origine de cette affection, qui est soutenue par Cazenave entre autres (2), est qu'elle a son siége principal dans le

contraire, joue un rôle si important dans certaines dermatoses : nous n'y reviendrons pas. (A. D.)

(1) Cette hypothèse, suggérée par le professeur Frerichs, a été rendue plus que douteuse par les recherches du docteur Kühne. (*Note de l'éditeur anglais.*)

(2) « Annales des maladies de la peau et de la syphilis ». Août 1844, n° 1.

système nerveux, et provient d'une prétendue altération spéciale de ce tissu, une *Hyperesthesia cutanea* qui pousse à la démangeaison et au grattage; puis, consécutivement, à une éruption papuleuse. S'il en était ainsi, le prurit devrait de toute nécessité précéder le développement des papules; on pourrait sans doute considérer l'éruption comme le résultat de a démangeaison, exactement comme dans la gale. Mais l'étude du prurigo enseigne précisément le contraire, car ce n'est que dans les points où existent des papules que le prurit a lieu. Cette sensation diminue en raison directe de la disparition des papules, et le malade est exempt de l'irritation qui le tourmentait auparavant, aussi longtemps qu'on peut prévenir chez lui le retour des papules. Il est donc évident que le développement des papules précède la démangeaison et qu'il est la cause de celle-ci. Pour éviter tout malentendu, il faut néanmoins remarquer que ceci n'est vrai que de la maladie qui mérite réellement le nom de prurigo; car il y a certainement des cas dans lesquels la démangeaison survient d'abord et le grattage ensuite, celui-ci produisant tous les phénomènes visibles sur la peau. Mais ces derniers diffèrent de ceux que l'on observe dans le prurigo; ils se manifestent chez différentes personnes, à diverses époques, et sous divers états, de sorte qu'il m'a paru nécessaire d'établir une distinction tranchée et exacte entre le *pruritus* et le *prurigo* proprement dit. En effet, toute l'erreur de Cazenave et de ses élèves provient de ce qu'ils n'ont pas distingué exactement entre les symptômes subjectifs et objectifs en rapport avec l'irritation cutanée. Quand on a pris cette précaution il est de toute impossibilité de confondre l'hyperesthésie cutanée avec le prurigo. Erasmus Wilson, il est vrai, établit une distinction entre le pruritus et le prurigo, dans la cinquième édition de son ouvrage (1863) et, le premier, il a tenu compte de l'hyperesthésie de la peau; mais cependant on rencontre dans sa description du prurigo certaines variétés, telles que *P. senilis*, *podicis*, *scroti*, *pudendalis*, qui, selon moi, n'en dépendent nullement, puisque l'expérience démontre que ces espèces de prurit ne s'accompagnent pas des changements sur la surface cutanée, qui sont caractéristiques du prurigo.

La « théorie de l'acrimonie » des médecins de l'antiquité et du moyen âge, qui supposaient l'existence d'acides dans le sang (*acrimoniæ sanguinis*) comme une cause d'irritation de la peau, a été soutenue jusqu'à ces derniers temps; et l'on peut trouver même dans les traités modernes sur la dermatologie l'idée d'un prurigo tenant à quelques modifications mécaniques ou chimiques dans le sang. Une fois la bile, une autre fois l'urée, tantôt une *acrimonia psorica*, tantôt une diathèse

d'acide urique, est considérée comme la *materia peccans.* Et pour couronner l'œuvre, un micrographe parisien (Dr Mandl) affirme que dans toutes les dermatoses accompagnées de prurit, et nécessairement aussi dans le prurigo, les corpuscules du sang sont corrodés par ses acides naturels, et apparaissent ainsi sous le microscope avec des contours ridés exactement comme si on les avait traités par de l'acide acétique dilué. Si tous ces auteurs, devenant mes collaborateurs, avaient passé autant de temps dans l'étude actuelle des phénomènes de la marche et de l'apparition du prurigo chez les différents malades, qu'ils en ont consacré à inventer de pareilles hypothèses ou à faire des observations sur la métamorphose des corpuscules du sang, qui n'ont jamais été confirmées par personne, ils auraient rendu plus de justice au sujet en question et à leurs propres talents. Mais les choses étant ainsi, je ne puis que mettre de côté ces théories comme tout à fait en opposition avec l'observation des faits.

L'opinion de quelques auteurs, et surtout d'Alibert, que le prurigo est une maladie héréditaire, est également inadmissible. Je n'ai jamais non plus rencontré un seul fait à l'appui de la théorie de sa connexion, ou de sa substitution, avec d'autres affections. Les cas de démangeaison cutanée attaquant des personnes qui souffrent d'hémorrhoïdes ou d'aménorrhée, ou ceux d'enfants prurigineux qui ont été exempts d'éruptions eczémateuses de la tête et de la face que l'on regarde comme appartenant à leur âge, ne doivent pas être considérés comme des exemples de vrai prurigo, mais simplement de *Pruritus cutaneus;* et même alors le rapport de cette irritation cutanée avec les états ci-dessus mentionnés n'est nullement certain. On sait par exemple que dans l'aménorrhée on voit très-souvent survenir une démangeaison à la peau, tant que les règles sont en retard ; mais ceci n'est point le prurigo.

L'empire que peuvent exercer ces explications imaginaires de l'étiologie d'une maladie est démontré par la description que donne Alibert d'un cas dans lequel un enfant avait un paroxysme de prurigo toutes les fois que la période menstruelle de sa mère approchait !

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet attribuent cette maladie au tempérament lymphatico-sanguin, ou à quelque autre cause (Devergie), à une peau congénitalement blanche, douce et transparente (Alibert), ou à une faiblesse radicale de tout le système lymphatique (Alibert et Wilson), ou la rapportent encore à l'habitation dans des logements humides et mal aérés, à l'abus des liqueurs alcooliques, à une nourriture salée et à des mets de « haut goût », à la paresse, à l'oisiveté et à des excès de toute nature, aussi bien qu'à un travail

excessif et à des veilles; en un mot on n'a rien omis de ce qu'un être humain peut faire ou ne pas faire, y compris bien entendu les causes que l'on retrouve dans la liste étiologique de n'importe quelle maladie, les passions et les émotions morales. L'ouvrage d'Alibert que j'ai souvent cité mérite sous ce rapport la peine d'être lu à cause des histoires prodigieuses dont il régale ses lecteurs. Il parle, par exemple, d'un homme qui souffrit pendant vingt-cinq ans de prurigo et présenta une perversion particulière de l'appétit ; car « il aimait passionément des plats préparés avec de l'ail, des concombres, du vinaigre, de la moutarde et autres condiments analogues », avec beaucoup d'autres encore de la même espèce. Tout le monde est à même de vérifier d'après son observation journalière combien ces théories sont insoutenables : et personne plus que moi, à Vienne, qui vis au centre d'une population suivant les habitudes les plus bizarres par rapport à la nourriture. Ainsi les Tyroliens sont de grands mangeurs de fromage, les Slavons consomment d'énormes quantités de concombres, les Hongrois assaisonnent tout avec du paprika (1), et les Juifs sont très-amateurs d'ail ; mais aucune de ces races ne fournit une proportion plus grande de prurigo à l'hôpital général que les Italiens qui se nourrissent de mets sucrés et de polenta.

Mais si, laissant de côté ces causes problématiques du prurigo, on suit la méthode que j'ai déjà adoptée en traitant du psoriasis, on obtient les conclusions suivantes :

1° Je ne reconnais aucun irritant de la peau qui soit susceptible de produire le prurigo. Aussi ne peut-il résulter ni d'une plus ou moins grande propreté, ni d'occupations spéciales, de l'emploi de certaines espèces de vêtements, de l'usage de bains, de remèdes — en un mot, le prurigo n'est jamais déterminé par un irritant externe quelconque.

2° Quant à l'âge, le prurigo n'est jamais congénital, mais il se manifeste ordinairement pendant l'enfance sous forme d'élevures semblables à celles de l'urticaire, d'abord, en général, sur les jambes : et il disparaît de temps à autre pour s'enraciner chez le malade pendant qu'il est encore dans la première enfance (de cinq à sept ans) variant seulement de forme ou d'intensité pendant tout le reste de la vie. L'opinion que le prurigo survient en premier lieu à l'âge adulte est par conséquent erronée. Chaque attaque a son origine dans l'enfance, quoique sous une forme papuleuse légère, qui prend graduellement avec l'âge le caractère de ce qu'on appelle *P. formicans*.

(1) Voyez page 724.

3° Quant au sexe, on observe plus souvent le prurigo chez les hommes que chez les femmes.

4° Le genre de vie et les occupations exercent seules de l'influence sur la production de la maladie qui, à coup sûr, existe presque exclusivement chez des sujets pauvres, et chez ceux qui sont mal nourris dans leur enfance, et par conséquent le plus souvent chez des enfants trouvés et chez ceux des mendiants. Ceux qui ont joui d'une bonne éducation physique dans leur première jeunesse, et qui ont toujours été convenablement nourris suivant leur âge, so t, en effet, très-rarement atteints de prurigo. Aussi le rencontre-t-on b'en plus souvent dans les hôpitaux, les maisons de refuge, les salles d'asile, que dans la pratique privée.

5° Par rapport aux saisons, il faut noter que le prurigo est habituellement aggravé pendant l'hiver, et atténué d'une manière remarquable durant l'été, notamment lorsque la colonne thermométrique est élevée. A cette époque, il se produit ordinairement un accroissement dans l'activité cutanée, de telle sorte que des malades qui, durant l'hiver, ne transpirent pas du tout (même quand ils sont au lit et dans des chambres bien chauffées), ou qui ne transpirent alors que sous les aisselles et aux parties génitales trouveront leur prurigo très-amélioré et la peau entière dans des conditions plus actives de diaphorèse.

6° Jusqu'à quel point des maladies générales bien connues peuvent-elles contribuer au développement du prurigo ? Il m'est impossible de le déterminer avec certitude ; car sur plus de mille cas que j'ai eu l'occasion d'observer, il y avait des personnes fortes, robustes, vigoureuses et parfaitement nourries, aussi bien que d'autres affaiblies, émaciées et cachectiques, ou même des individus présentant des signes évidents de tuberculose, de rachitisme ou de scrofule (1). Bien que

(1) Ceci n'est-il pas en contradiction avec ce qui a été dit plus haut sur la prédominance du prurigo chez les enfants mal nourris ?... Quoi qu'il en soit, profitons de l'occasion pour rappeler :

1° Que le prurigo est, en effet, sensiblement plus fréquent chez les enfants dont une alimentation insuffisante, un logement insalubre, un travail excessif, l'onanisme, quelques maladies générales, ont altéré la nutrition ;

2° Mais que cette cause ne suffit pas pour rendre compte de l'apparition du prurigo. Ce qui le prouve, c'est ce fait bien avéré que, sur cinq ou six enfants d'une même famille, vivant dans les mêmes conditions hygiéniques, offrant des antécédents d'allaitement et de santé identiques, on en voit un ou deux seulement être atteints de prurigo, les autres en demeurant exempts.

Ce fait est digne de méditation ; il prouve évidemment qu'une cause interne préside au développement du prurigo : vu le très-jeune âge des sujets, il fait supposer que cette cause est congénitale ; enfin il conduit à se demander si cette cause ne serait point l'hérédité, influence qui, comme on le sait, s'exerce, dans la même lignée, sur tel ou

j'admette l'existence du prurigo chez les personnes affectées de dyscrasies générales, il est impossible d'adopter l'hypothèse qu'il est sous la dépendance immédiate de ces dernières; et il est seulement permis de conclure de cette observation que la scrofule, le rachitis, etc., n'empêchent pas le prurigo; de même un malade atteint de ces dernières affections peut devenir scrofuleux, rachitique, etc.

7° Cette maladie n'exclut pas non plus la présence des autres affections de la peau, telles que syphilis cutanée, gale, eczéma, impétigo et ecthyma, car je l'ai rencontrée associée avec chacune de ces dermatoses, sans perdre pour cela son caractère individuel ou sa marche particulière.

8° Finalement on peut affirmer que le prurigo n'est ni contagieux, ni occasionné par aucune espèce d'épizoa.

De tout ce qui précède il ressort qu'on ne saurait attribuer l'origine de cette maladie à quelque influence externe perturbatrice sur la peau, ni à l'un quelconque des états constitutionnels internes mentionnés ci-dessus; mais qu'elle est, dans le sens le plus strict, une affection de la peau en elle-même. Pour ma part, il m'est tout aussi facile de croire que le tégument devienne primitivement et uniquement malade, que d'admettre que des affections cutanées ne peuvent résulter que de conditions morbides réelles ou imaginaires des humeurs ou des solides de l'organisme. En réalité, j'ai soutenu cette thèse non-seulement à l'occasion du prurigo, mais pour bien d'autres affections cutanées, à une époque où la pathologie humorale était universellement acceptée; et je puis ici renvoyer notamment aux opinions émises dans un article intitulé « Esquisses dermatologiques », publié il y a environ vingt ans (1), dans lequel je disais que « l'on ne doit pas négliger les affections idiopathiques de la peau ». Depuis cette époque, les recherches de l'illustre Virchow sur la pathologie cellulaire ont modifié les idées qui avaient communément cours sur l'origine des maladies locales; aussi est-il maintenant plus facile d'expliquer, d'après ce principe, l'étiologie d'une altération qui, du moins à son début, affecte la peau seule.

Si donc on cherche à établir la chaîne de causalité qui conduit au prurigo, il ne sera pas difficile d'admettre la théorie suivante qui est

tel enfant, suivant qu'il participe plus ou moins de la constitution de son père ou de celle de sa mère.

Mais profitons aussi de l'occasion pour féliciter l'auteur du soin qu'il a mis à affranchir l'étude du prurigo de tous les préjugés, de toutes les erreurs qui l'obscurcissaient, et surtout de la lucidité avec laquelle il a tracé le tableau du vrai prurigo, de cette maladie qui commence presque avec la vie, ne fait avec ses malheureuses victimes que de brèves et incomplètes trêves et dure jusqu'à leur mort. (A. D.)

(1) « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte », 3e série, vol. I, p. 324.

basée sur la notion du processus physiologique auquel l'épiderme doit sa formation :

Pour que l'épiderme soit parfaitement sain, il faut qu'il y ait, à tous les points de chaque papille, une quantité ainsi qu'une qualité convenables de cellules épidermiques et du liquide intercellulaire qui les réunit. De sorte que, non-seulement un changement de qualité, mais aussi le plus léger excès ou défaut dans la quantité de ces tissus épidermiques provoquera la formation de produits morbides dans la couche mince d'épiderme qui recouvre le corps. Supposons donc que, dans un cas de prurigo commençant, les cellules épidermiques se soient, par une cause ou une autre, imparfaitement développées sur certains points des papilles cutanées, tandis qu'une petite goutte de liquide intercellulaire (blastème) s'accumule au-dessus du point où l'épiderme est en proportion anormale : cette dernière, agissant comme un corps étranger, soulèvera nécessairement la couche épidermique qui la recouvre et formera ainsi une élevure, une papule; tandis qu'en même temps sa présence agira comme un irritant sur les papilles situées au-dessous. Mais personne n'ignore que le système nerveux des *tactile papillæ*, lorsqu'elles sont irritées, ne causent pas une sensation de douleur, mais bien une sensation qui lui est propre, et que l'on connaît sous le nom de démangeaison : cette sensation détermine à son tour un désir impérieux de se gratter, et la lésion de la peau ainsi occasionnée conduit à d'autres effets sur lesquels je me suis déjà appesanti bien des fois et d'une manière complète dans d'autres parties de cet ouvrage.

Je soutenais, dans l'article ci-dessus indiqué, que la démangeaison, dans le prurigo et dans d'autres affections cutanées, dépend d'une irritation mécanique des papilles et non d'une excrétion constitutionnelle quelconque; et l'expérience que j'ai acquise durant les années qui se sont écoulées depuis cette époque n'a fait que me fortifier dans la même opinion. Mais j'invoque comme une nouvelle confirmation de mes idées, le fait que, dans des dyscrasies telles que les exanthèmes, la syphilis et la scrofule, il n'y a pas de démangeaison du tout lorsque la peau est envahie, ou elle ne survient qu'accidentellement et à un léger degré; tandis que d'un autre côté les affections cutanées locales qui résultent de la présence d'épizoa ou d'irritants mécaniques telles que l'urticaire due au contact de l'*Urtica urens* ou d'onctions avec l'huile de térébenthine, s'accompagnent d'un violent prurit.

Une autre opinion qui m'est propre au sujet de la démangeaison est la suivante, que l'expérience ultérieure a confirmée depuis l'époque où

je l'exprimais pour la première fois dans l'article ci-dessus mentionné. Autrefois, on soutenait que le prurit de la peau indiquait que certains principes morbides, désignés sous les noms d'*âcretés* et d'*acrimonies*, existaient dans le sang, ce qui était dû sans doute à une confusion entre cette sensation au tégument et celle des acides sur la langue, ou peut-être à ce qu'on généralisait l'effet de certains aliments dans la production de l'urticaire et, avec cela, de la démangeaison cutanée. Malheureusement cette théorie, qui n'est nullement conforme à l'observation actuelle, a été si largement répandue et si généralement acceptée et par les médecins et par le public, que c'est devenu une tâche très-difficile de la chasser de la tête du peuple ; et l'expérience journalière nous fournit assez d'exemples d'avertissements solennels contre ce qu'on appelle « régime d'acrimonie », notamment dans les dermatoses.

Mais chaque personne peut se convaincre elle-même que cette idée est complétement fausse, qu'elle souffre au nom d'une telle irritation, par ce simple fait que des milliers d'êtres humains mangent et boivent dans les mêmes conditions sans être le moins du monde affectés de démangeaison, tandis que d'un autre côté ceux qui souffrent vraiment d'affections prurigineuses s'abstiennent de toute cette nourriture prohibée par leur propre volonté ou par l'ordre des médecins, et cependant ne se portent pas un iota mieux. Si l'on n'apprécie plus la démangeaison de ce point de vue, mais si on l'explique comme *une sensation spéciale à la peau*, pouvant être excitée par toutes les causes qui, agissant avec moins d'intensité, produisent seulement une sensation de chatouillement et, agissant avec plus de force, occasionnent de la douleur, de telle sorte qu'au chatouillement succède souvent la démangeaison et à cette dernière la douleur, si, dis-je, on se place à ce point de vue, on s'approchera certainement plus près de la vérité. Par conséquent, on ne sera pas surpris de constater que tout ce qui peut déterminer de la douleur peut être tantôt le résultat d'agents externes agissant directement sur la peau, tantôt celui de modifications internes, de même aussi la démangeaison est quelquefois produite par un irritant local venant du dehors, d'autres fois par un processus opérant dans l'organisme même. Il est à peine nécessaire d'ajouter que les nerfs sont nécessairement compris dans le processus, comme des conducteurs de sensation.

Or, si l'on applique ces réflexions à l'étiologie du prurigo, il ne sera pas difficile d'affirmer que la goutte de blastème, exsudée en condition défectueuse ou en quantité anormale, qui constitue le contenu

d'une papule de prurigo, agira comme un irritant continuel sur les nerfs de la papille et produira ainsi une démangeaison constante ; justement comme dans un autre cas une plus grande quantité de liquide exsudé presse plus fortement sur le derme sous-jacent et ne donne plus lieu à la sensation de démangeaison, mais à celle de douleur.

Traitement. — C'est une tâche bien ingrate que de discuter la thérapeutique d'une affection incurable, et comme on a vu qu'il en est ainsi du prurigo, son traitement ne peut avoir qu'un but, celui d'atténuer le mal. Nous aurons fait tout ce qu'il est permis d'attendre de nos efforts, si nous arrivons à apaiser les souffrances du malade de manière qu'elles soient supportables ; à lui rendre le sommeil, et à modifier son aspect hideux, afin qu'il puisse se rapprocher de ses semblables sans crainte d'être évité ou repoussé de la société humaine.

Il est vrai que l'on trouve dans tous les ouvrages qui traitent de ce sujet une multitude de remèdes, lesquels, d'après ce qu'on y affirme, sont capables de guérir le prurigo, pour un certain temps du moins, sinon d'une manière permanente. Mais quand on les essaye sur un malade, on s'aperçoit bien vite du contraire.

Bon nombre de praticiens, et des plus autorisés, ont mis la santé de leurs malades à une dure épreuve par l'emploi d'horribles méthodes de traitement. M. Hunt, par exemple, traita une dame, âgée de cinquante-quatre ans, que l'on supposait atteinte de prurigo, en lui tirant soixante et dix onces (2180 gram.) de sang par la saignée et quinze (450 gram.) à l'aide de sangsues, en un peu plus de six mois; lui administrant, en outre, d'après son propre récit, plus de colchique, d'émétique tartarisé et de purgatifs qu'il ne se rappelle en avoir jamais prescrit dans aucun autre cas quel qu'il fût — et son traitement est des plus sévères — et lui donna du mercure au point que ses gencives furent une ou deux fois affectées. Mais même ce traitement héroïque ne fut pas suffisant, car dans la suite, notre confrère ordonna par-dessus le marché à son malade des pilules bleues, de la coloquinte, du séné, des pilules de Plummer, et une certaine quantité d'arsenic sous forme de solution de Fowler.

D'autres auteurs, tels que Rayer et Wilson, défendent la pratique de la saignée dans le prurigo, bien que Biett l'eût déclarée inutile il y a longtemps. Pour ma part, m'en tenant à mon expérience personnelle et aux idées que j'ai exprimées sur la nature du prurigo, je n'hésite pas à me déclarer contre toute espèce de déplétion, locale ou géné-

rale (1), et je dois exprimer ma conviction que si vraiment après une forte saignée — selon Hunt, lui et d'autres l'ont portée *usque ad deliquium* — on a observé ensuite une cessation temporaire de prurit, cela a tenu plutôt à la dépression consécutive du système nerveux qu'à une amélioration réelle de la maladie ou à sa guérison. Cette manière de voir repose sur le fait que des malades sont soulagés de la démangeaison ainsi que des autres effets du prurigo lorsqu'ils sont atteints de quelque autre affection intercurrente et chronique. On peut expliquer de la même manière l'action d'autres méthodes déprimantes de traitement, telles que celles par les purgations continuelles, la cure par la faim, etc.

Bien que je n'aie jamais observé de bons effets de l'emploi de remèdes internes quelconques dans cette affection, je pense qu'il est convenable d'énumérer ici ceux que d'autres auteurs ont vantés comme ayant rendu des services. Ainsi que les purgatifs que j'ai déjà mentionnés, on a énuméré toute la série des diurétiques, des diaphorétiques et les prétendus purificateurs du sang, les acides végétaux et minéraux, le soufre, seul ou avec la crème de tartre, des composés mercuriels, notamment le calomel, l'antimoine, le gayac, le copahu, et enfin le « remède universel » l'arsenic et ses différentes préparations plus amplement détaillées au chapitre du psoriasis. De même presque chaque auteur attache la plus grande importance à l'observance d'un régime spécial, et l'on trouve dans tous les ouvrages sur ce sujet, sans exception, la proscription absolue de mets salés ou fumés, de vin, d'eau de vie, de thé, de café, de poivre et de toute espèce d'épices.

Lorsque l'on compare ces modes de traitement, médicinal et diététique, si hautement vantés, avec les misérables résultats que leurs auteurs, s'ils disent la vérité, sont obligés de confesser, tout les premiers, il s'élève, même avant de les essayer, un fort soupçon qu'on ne les prescrit que dans le but de faire quelque chose. Mais leur insuffisance devient incontestablement évidente pour celui qui a la triste mission de traiter spécialement bon nombre de ces infortunés malades, d'une année à l'autre (2). Mes propres observations recueillies dans des conditions semblables m'ont enseigné qu'il n'y a ni médecine interne ni

(1) Je ne puis qu'insister sur l'inefficacité et de l'application de ventouses ordinaires ou sèches et de la méthode de Baunscheidt dans le traitement d'affections qui commencent par de la démangeaison de la peau, et je suis parfaitement convaincu que dorénavant aucun médecin raisonnable ne les prescrira plus.

(2) Je saisis cette occasion d'exprimer mes vifs regrets que des auteurs médicaux se soient si souvent contentés de reproduire les assertions de leurs prédécesseurs et de leurs contemporains, sans en faire la critique, ou sans énoncer librement les résultats de leur expérience personnelle.

régime spécial capables d'influencer, soit en bien, soit en mal, le prurigo, même à son plus léger degré. Rayer dit dans son ouvrage si souvent cité (1) que, en règle générale, un traitement externe simple du prurigo s'est trouvé si efficace entre ses mains, « que, excepté dans quelques cas où la constitution du malade réclame une attention spéciale, il le recommanderait d'une manière exclusive». Je partage entièrement cette opinion, et dirais en autant de mots : « *Des remèdes externes seuls sont de quelque utilité dans le prurigo.* »

Mais même parmi ces derniers, on ne trouve pas un aussi grand choix que pourraient le faire supposer les éloges qu'on leur donne dans les livres. C'est, par exemple, une grande erreur de supposer que les narcotiques aient la plus légère influence pour atténuer la démangeaison du prurigo, qu'ils soient employés à l'extérieur ou à l'intérieur. Ni l'opium, ni la jusquiame, ni le chloroforme, ni l'éther, ni la *liquor anœstheticus hollandicus*, ni l'acide cyanhydrique, n'apportent le moindre soulagement au malade. Si l'on emploie des doses élevées d'opium ou de morphine, de manière du moins à stupéfier le patient, on provoquera nécessairement le sommeil ; mais, au lieu d'être calme et réparateur, il sera troublé par des rêves, dans lesquels la maladie jouera un rôle non moins grand que lorsque le sujet est éveillé. Il rêve qu'il est condamné à brosser des habits, ou à gratter une muraille ou à balayer le parquet ; de sorte qu'on peut le voir, pendant qu'il est plongé dans un profond sommeil, frotter, gratter et déchirer sa propre peau (2).

En réalité les seules applications qui m'aient paru posséder quelque valeur dans cette maladie, sont celles qui *ramollissent et enlèvent les couches les plus superficielles de l'épiderme.* Celles-ci diminuent la formation de papules, ou même l'arrêtent complétement pour le moment, et apaisent ainsi le prurit. Puisqu'on peut atteindre ce résultat de diverses manières, il n'existe naturellement pas de remède unique pour atténuer le prurigo, mais il en est un grand nombre auxquels on peut à son gré avoir recours.

Pour conserver le même ordre que dans les chapitres précédents, je

(1) Vol. II, p. 328.

(2) Nouvel et très-frappant exemple de ce que M. Diday a appelé *conceptions réflexes*, c'est-à-dire conceptions qui sont engendrées instinctivement par une sensation. C'est ainsi qu'un homme dont les genoux viennent accidentellement à être découverts, durant son sommeil, rêve qu'il passe la nuit en voiture (situation où le froid aux genoux est presque constant). C'est ainsi que, lorsqu'on sent froid à la tête pendant la nuit, on rêve le plus souvent qu'on a perdu son chapeau. C'est ainsi surtout — et l'exemple s'en répète quotidiennement — que dans les pollutions nocturnes l'imminence de l'éjaculation pousse invinciblement à des rêves, plus ou moins bizarres, mais où la présence et le contact d'une femme jouent le principal rôle. (A. D.)

commencerai par l'*eau*. C'est du reste l'un de nos agents thérapeutiques les plus importants contre cette affection, qu'on l'emploie sous forme de bains froids, de bains avec natation, de douches, ou comme « hydrothérapie » de Priessnitz, ou comme bains de vapeur, ou enfin, simplement en bains de baignoire. De quelque manière qu'on s'en serve, on reconnaîtra l'efficacité de l'eau, si l'on persévère dans son application. De sorte que tout malade atteint de cette affection se trouvera soulagé par l'usage de bains, indépendamment de leurs propriétés chimiques, s'il y séjourne un temps suffisant.

Mais on obtiendra plus rapidement le but que l'on désire si l'on suit le traitement à l'aide du *savon mou*, dont j'ai parlé d'une manière détaillée à la page 438 ; en se rappelant seulement de ne pas compter sur un succès brillant et durable d'un seul cycle, lors même qu'il durerait six jours. Il faut répéter le procédé plusieurs fois, et exactement comme je l'ai décrit page 440.

Le *soufre* est utile dans le prurigo en solution dans des bains, incorporé à des savons ou à des pommades, ou sous forme de fumigations; mais, comme pour toutes les autres applications, on est obligé de l'employer pendant longtemps, et suffisamment concentré. C'est en réalité à l'efficacité du soufre que l'on doit attribuer la confusion qui a si longtemps existé entre le prurigo et la gale ; car le même remède produit de bons résultats dans les deux affections, avec cette seule différence que la gale se guérissait sans récidive nécessaire, tandis que le prurigo ne se trouvait calmé que pour un certain temps. J'emploie moi-même le soufre, soit dans la forme modifiée de la pommade de Wilkinson, que j'ai inventée, soit comme solution de chaux et de soufre de Vleminck, et l'emploi de ces deux préparations est suivi de succès réels.

Dans le premier cas, j'ordonne d'abord au malade de prendre un bain, et puis, sans reprendre de nouveau ses vêtements, de se coucher, tout nu, entre des couvertures de laine pendant au moins six jours et six nuits sans interruption, et chaque nuit et chaque matin on le frictionne vigoureusement sur tout le corps avec une quantité suffisante d'onguent. Lorsque cette période est terminée, le malade quitte son lit, et reste durant trois jours sans faire aucun autre traitement, jusqu'à ce que l'épiderme soit en partie tombé ; et lorsque, vers le dixième jour, il se lève et prend un bain, s'il n'a qu'un léger prurigo, il sera complétement débarrassé, tandis qu'un cas même grave sera notablement soulagé. On supporte toujours facilement le côté désagréable de ce traitement, parce que, pendant toute la durée, le malade n'éprouve pas de démangeaison, et peut reposer tranquillement. En réalité, il en

est en général si satisfait qu'il se soumet très-volontiers à une seconde et même à une troisième répétition.

Lorsque je me sers de la solution de Vleminck, je l'emploie de la même manière que dans le « traitement rapide » de la gale. Le malade commence par se baigner, il se lave ensuite avec du savon, et se frictionne sur tout le corps avec la solution ; après il prend un bain d'une durée d'au moins une heure, suivi d'une douche froide. Cette méthode n'est pas aussi rapidement efficace que celle avec la pommade de Wilkinson, mais le malade peut la continuer plus facilement sans être obligé d'interrompre ses affaires, puisque il est permis de supposer que tout le monde est à même de trouver deux heures par jour à consacrer au traitement d'une telle maladie.

Bärensprung soutenait qu'il guérirait toute espèce de prurigo avec des bains de *sublimé corrosif*, mais je suis fâché d'être dans l'impossibilité d'adopter son opinion, car j'ai tenu mes malades pendant quatre heures dans ces bains, sans un résultat plus marqué que si l'on avait eu recours à de simples bains non médicinaux.

Bon nombre d'auteurs proclament la vertu d'autres préparations mercurielles, notamment du précipité blanc, de l'onguent gris, du protoiodure, et du biiodure. Dans le but de me rendre compte de leurs effets sur le prurigo, j'ai fait une fois une expérience qui est sans doute unique et qui a été publiée par Neumann, dans « l'Allgemeine medicinische Zeitung » de Vienne, dans l'année 1860 (n°s 49 et 50) :

Outre le point que je viens de mentionner, je désirais aussi me rendre compte de l'effet du mercure sur des personnes qui n'avaient jamais été auparavant traitées avec aucune de ses préparations, et également pour résoudre cette question, savoir : s'il est vrai que des maladies cutanées, ressemblant à celles qui dépendent de la syphilis, peuvent être provoquées par l'emploi de ce remède. Je choisis donc quatre individus affectés de prurigo, qui avaient déjà essayé différents médicaments internes et externes pour leur affection, mais jamais de mercure sous aucune forme ; pendant cent jours je les ai fait frictionner avec un drachme (1 gr. 77) d'onguent gris, de la même manière que je l'emploie pour mes malades syphilitiques. Pendant ce temps on les tenait au lit et à une diète légère, et l'on examinait chimiquement de temps à autre leur urine et leurs fèces. Au bout de quelques jours de frictions, on constata dans les deux excrétions une réaction mercurielle distincte ; mais à la fin des cent jours le prurigo n'était ni guéri ni soulagé, et aucun de ces quatre malades n'a présenté la plus légère trace, soit de ce qu'on appelle « Mercurialisme », soit d'éruptions ana-

logues à celles de la syphilis. Bien que cette expérience ait été faite il y a quatre ans, et que j'aie eu depuis l'occasion de voir plusieurs fois les individus qui en ont été le sujet, il n'est survenu aucun changement dans leur maladie, et il n'en est résulté aucune affection de la peau.

Je n'ai pas observé que les propriétés curatives si hautement vantées des préparations de *plomb*, de *zinc* ou d'*iode*, se soient maintenues dans la pratique. D'un autre côté, on doit considérer le *goudron* et ses composés, y compris la *créosote*, comme des remèdes actifs contre cette maladie. Leur efficacité, cependant, tient au mode d'application, qu'on l'emploie sous forme de *goudron* ordinaire, d'*huile de cade*, d'*ol. Rusci*, ou que l'on donne la préférence aux produits que l'on obtient par leur distillation, le résinon, le résinéon et la résinéine, ou enfin à l'acide carbolique. J'ai essayé le goudron combiné avec de l'axonge et avec du savon, avec de l'huile et avec de la glycérine, avec de l'alcool et avec de l'éther, et dans tous les cas j'ai constaté ses bons effets pour diminuer l'irritation. La méthode la plus commode d'appliquer ce remède est la suivante, que j'ai dans ces derniers temps employée avec succès dans le traitement de l'eczéma et du psoriasis. On étend sur toute la surface avec une brosse de peintre une des préparations de goudron que je viens d'énumérer ou un de leurs produits, comme le résinéon, et *immédiatement après* le malade prend un bain chaud, dans lequel il reste de trois à six heures sans interruption, ou aussi longtemps qu'il le peut. Durant le temps qu'il séjourne dans le bain, il n'est nullement nécessaire de faire de nouvelles applications, puisque le goudron ne disparaît que graduellement et n'aura même pas complétement disparu après une immersion de six heures. Ce *bain de goudron* est bien supporté, il calme la démangeaison, diminue la formation des papules et mène ainsi à la rétrogression du prurigo, ainsi que des autres dermatoses que j'ai mentionnées ci-dessus : de sorte qu'il suffit d'interrompre son application seulement lorsqu'il survient une vive sensation de brûlure, — et ce symptôme se manifeste le plus souvent après l'emploi du résinéon, — ou une éruption d'*acne picis*.

Connaissant les remèdes à l'aide desquels on ne peut produire qu'une atténuation temporaire de cette terrible maladie, ce sera ensuite au médecin de choisir dans chaque cas ceux qui conviennent le mieux à l'intensité de l'affection et à la situation du malade. Toutes les personnes atteintes de prurigo n'ont pas le temps ni l'occasion de consacrer la journée entière au traitement de leur dermatose, et cela pendant des semaines et des mois, et peut-être toute leur vie. Mais la plupart auront à leur disposition quelques heures de la journée, ou, du moins,

de la nuit. D'autres encore se décideront à se soumettre à un traitement héroïque pendant un court espace de temps ; mais puisqu'il est impossible d'obtenir ainsi une guérison complète, il est nécessaire qu'ils continuent ensuite à en suivre un moins énergique et exigeant une perte de temps moins considérable.

En tenant compte de ces considérations, j'ai, par exemple, traité plusieurs de mes malades pendant les huit ou dix premiers jours avec les onctions de savon noir, ou avec ma pommade de Wilkinson modifiée ; et lorsque, à l'aide de ce procédé, la maladie est devenue plus supportable, j'ai, dans le but de consolider cette amélioration, prescrit un bain sulfureux ou de goudron, d'une ou deux heures chaque soir, ou une friction avec les mêmes remèdes pendant la nuit. Par ces moyens j'ai réussi à maintenir le malade dans un état comparativement tolérable, bien que, après tout, digne de pitié.

CHAPITRE XXII

ACNE DISSEMINATA.

'Ακνή s. ἀκμή — ἴονθος — *Varus.*

Historique. — Les plus anciens médecins grecs ne paraissent pas avoir connu l'acné comme une maladie. Autrement ne serait-il pas étrange qu'une affection si commune et attaquant si fréquemment le visage ne fût pas mentionnée une seule fois dans les écrits hippocratiques ?

Bon nombre d'auteurs pensent que le mot *varus* est dérivé du latin *varius*, et citent à l'appui de cette assertion un passage de Cicéron, dans lequel il emploie ce terme en se moquant de C. Servilius Isauricus : « *Miramur cur Servilius pater tuus, homo constantissimus, te nobis tam varium reliquerit.* »

Même Celse, qui se sert aussi du terme *varus* pour désigner cette affection, en parle de la manière suivante : « *Pene ineptiæ sunt curare varos, lenticulas et ephelides; sed eripi tamen feminis cura cultus sui non potest* (1). » Cependant il mentionne les remèdes dont l'application

(1) Med., lib. VI, cap. v.

peut le mieux guérir la maladie, conseillant de la térébenthine, de l'alun, du miel, mêlés ensemble et placés sur les papules d'acné.

Cassius (A. D. 100) (1) traite plus complétement de cette affection, et demandant pourquoi elle survient dans la fleur de la jeunesse et de la force, suppose que les liquides nutritifs les plus nobles et les mieux élaborés se portent vers les régions affectées, et là deviennent stagnants et s'accumulent.

Galien (2) montre une connaissance exacte de l'acné ; il la décrit brièvement sous le nom de *vari*, et dit que les Grecs l'appellent ἴονθος, que ses papules sont formées par les liquides épaissis du corps et qu'il est possible de les guérir par l'emploi d'applications émollientes et de purgatifs.

Aëtius, d'Amida (3) (A. D. 543), que l'on sait avoir colligé les œuvres médicales de ses prédécesseurs, dit également que les Grecs se servaient des mots ἀκνή et ἴονθος pour désigner cette maladie ; et que Paul d'Égine (4) et Oribase (5), qui étaient des vulgarisateurs des doctrines de Galien et de ses contemporains, considéraient les *vari* comme des papules affectant principalement la face.

A ces exceptions près, il est à peine question de l'acné dans la littérature ancienne et du moyen-âge ; et même des ouvrages comme ceux de Mercurialis et d'Hafenreffer, spécialement consacrés aux affections cutanées, ne font pas la plus légère mention de cette maladie : on cherche en vain dans leurs écrits même ces vieilles dénominations.

Ce n'est ensuite que vers le XVIe siècle qu'on la trouve de nouveau indiquée par Gorrœus (6), qui dit : « L'acné est une petite papule dure de la face, désignée par les Grecs sous le nom de ἴονθος, par les Latins sous celui de *varus*. On l'appelle ainsi parce qu'elle n'occasionne pas de démangeaison, et que par suite, elle n'oblige pas le malade à se gratter. Aëtius dit que ἴονθος et ἀκνή sont la même chose.

Un passage de Sennert (7), qui vécut dans le siècle suivant, est souvent cité par des auteurs plus modernes. Ainsi Sauvages, lorsqu'il décrit l'acné sous le titre de « Psydracia », écrit (8) : « *Psydracia*,

(1) « Cassii Jatrosophistæ Probl. Med. » Lipsiæ, 1653.
(2) Epitome Galeni Pergameni operum, etc. « De comp. med. secundum loca », lib. IV, p. 1225. Argentoratum (Strassburg), 1604.
(3) Tetr. 2, serm. IV, cap. 13.
(4) Lib. III, cap. 25.
(5) Lib. IV, cap. 21.
(6) « Joh. Gorrœi Parisiensis Def. Med.», lib. XXIV, Francoforti ad Mœnum, 1578, p. 16.
(7) « Sennerti pract. med. », lib. V, cap. 23.
(8) « Nosologia methodica sistens morborum classes juxta Sydenhami mentem et Botanicorum ordines, auctore Boissier de Sauvages.» Amstelodami, 1768, t. I, p. 136.

acne Aetii, acne, vari Sennerti, Ionthos Græcis, gallicè Bourgeons, psydraciis connata sunt tubercula faciei, vari dicta, ait Sennertus ; » et plus loin « *Sunt scilicet tumores exigui, rubri, duri, pertinaces, qui vix unquam suppurantur, nec dolent nec pruriunt, et tantum faciem deturpant, maxime distincti a tuberculis frontis, de quibus egimus in Gutta Rosea syphilitica ; nec non ab Elephantiasi, quæ cum raucedine, faciei inflatione et tuberculis, initio rubris, incipit.* » Sauvages ajoute qu'on attribue ces « tubercules » à un épaississement des liquides nutritifs, et qu'ils persistent souvent jusqu'à l'âge adulte et disparaissent alors. Il laisse à d'autres le soin de décider si cette éruption est identique avec la Gutta Rosea de ceux qui sont adonnés au vin ; et il renvoie pour son traitement au passage de Sennert, que j'ai cité plus haut.

Lorry (1) parle plus longuement de cette affection ; il discute les modifications de nomenclature qu'elle a subies, et insiste sur ce point qu'elle n'affecte pas le système général. Ses expressions sont : « *Ægritudinem vix constituunt, cum possit homo cum iis recte valere.* » Nonobstant cela, dans un autre endroit où il parle de nouveau de l'acné et des maladies qu'il a groupées avec elle, *myrmeciæ, acrothymion, acrochordon, verrucæ*, etc., il contredit cette assertion touchant son innocuité en disant que dans la plupart des cas l'emploi inconsidéré des caustiques dans le traitement des vari peut devenir cause de la transformation de quelques-uns d'entre eux en cancers. Pour le reste, il conseille des préparations alcooliques et en général une médication locale.

Il est remarquable qu'après ceci Plenck (2) ne paraisse pas avoir connu le nom d'*acné;* du moins ne le trouve-t-on pas dans son ouvrage. Il se borne à répéter les descriptions que Galien a données de la maladie sous les titres de « Vari s. Ionthos », ainsi que les passages des autres auteurs mentionnés ci-dessus, et renvoie au traitement qu'ils ont recommandé. Son unique observation originale (et elle est de peu d'importance) est que les vari sont en rapport avec les spermatozoa, — et par conséquent sont guéris par le mariage.

Dans la modification de Bateman du système de Willan, il emploie alternativement les termes *varus* et *acné* pour décrire la maladie sous le dernier nom. Suivant Willan, il distingue comme espèces *A. simplex, A. punctata, A. indurata*, et *A. rosacea;* et décrit la première de celles-ci comme suivant un cours assez défini dans son aspect, son progrès et son déclin, pendant trois à quatre semaines. J'indique ceci particuliè-

(1) « Tractatus de Morbis cutaneis. » Parisiis, 1777, p. 539.
(2) « Jos. Jac. Pleuckii Doctrina de Morbis cutaneis », 2e édit., Vienna, 1783, p. 60.

rement parce que beaucoup d'auteurs modernes, et notamment Devergie et autres écrivains français, répètent cette assertion comme si elle était exacte, sans considérer combien peu elle est en rapport avec la réalité. Même les quatre variétés d'acné de Bateman sont loin d'être justifiées par sa propre description : en effet, une étude attentive de la classification de Willan montre qu'il connaissait la proche parenté ou plutôt l'identité des trois premières. Ce n'est qu'entre l'*A. rosacea* et les autres qu'il établit une véritable distinction en montrant que les premières dépendent d'un processus pathologique réellement différent.

Bien que Bateman traite assez longuement de l'acné, ce n'est qu'avec hésitation qu'il mentionne son apparition sur le dos, où cependant elle se développe certainement beaucoup plus que sur la face. De sorte que dans le premier siége, il a dû la prendre pour autre chose. Il ne se contente pas de la simple étiologie de l'acné, énoncée par les anciens, qui avec Galien et Cassius la rapportaient à quelque épaississement des sucs nutritifs ; mais il donne la préférence à des explications moins simples et fait dériver l'acné de l'eau froide prise en boisson lorsque le corps est en sueur, d'émotions et de troubles digestifs, enfin des conditions les plus diverses et les plus opposées. Malgré tout cela, il ne nie pas que la maladie ne soit essentiellement locale, et par conséquent recommande principalement, pour son traitement, des applications topiques et notamment des savons et d'autres substances susceptibles de dissoudre la graisse. Dans les « Delineations of cutaneous diseases », de Willan, publiées par Bateman en 1817, on trouve également des dessins correspondants de l'*A. simplex* et de l'*A. punctata* sur une planche (n° 62), d'*A. indurata* (pl. 63), et d'*A. rosacea* (pl. 64).

Plumbe, en opposition directe avec Willan et Bateman, associe l'*A. simplex* avec l'*A. punctata* comme une variété et démontre d'une manière concluante leur communauté d'origine. Néanmoins, quoiqu'il unisse également l'*A. indurata* et l'*A. rosacea* (couperose), il ne considère pas la variété ainsi formée comme tout à fait distincte de la première, mais maintient qu'elle n'en constitue qu'un développement ultérieur.

Erasmus Wilson, d'un autre côté, a rejeté cette quadruple division de Willan, que Plumbe lui-même avait conservée en substance, et décrit les trois premières variétés (*A. simplex*, *punctata*, *indurata*) sous le nom spécifique de *A. vulgaris*, et en séparant l'*A. rosacea* dont il fait une seconde espèce. Selon lui, l'acné provient d'une certaine inertie des nerfs, et du manque d'activité dans la peau (1). Assez curieusement,

(1) « La présence de pustules d'acné indique un trouble de l'innervation cutanée

Wilson pense que les deux formes de la maladie décrites par lui (*A. vulgaris* et *A. rosacea*) surviennent plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Bien qu'il confesse que l'on ignore toutes les causes internes ou constitutionnelles de l'acné, et reconnaisse en outre que la peau dans ces cas est excitée par des stimulants locaux, il ne dédaigne cependant pas de la combattre de temps à autre par des remèdes tels que la saignée et des purgations.

Thomson (1) accepte aussi la division de cette affection en deux variétés et les désigne sous les noms d'*A. simplex* (*A. vulgaris* de Wilson) et *A. rosacea*. Dans son étiologie il remarque que l'on observe l'acné plus souvent chez des personnes offrant un certain caractère de la peau particulier à celles qui ont un tempérament lymphatique, flasque, pâle et frais au contact ainsi que chez les individus affligés de ce qu'on appelle une diathèse strumeuse. A propos du traitement il recommande fortement de soumettre les malades à une diète sévère, de leur conseiller l'abstention de poisson, de salaisons, etc.

Tous ces auteurs ainsi que Hunt, Green et d'autres, représentent l'acné comme une affection consistant dans l'inflammation des follicules de la peau, ou plus spécialement de ses glandes sébacées. — Hunt (2) place l'acné parmi les tubercules, et tout en acceptant les subdivisions de Willan, admet l'identité des trois premières (*A. simplex*) et regarde la quatrième (*A. rosacea*) simplement comme un développement plus considérable des précédentes. On peut observer à propos de Green (3), qui, à l'exemple de la plupart de ses prédécesseurs, range l'acné au nombre des pustules, qu'il fut le premier à insister sur ce point que le meilleur et le plus rapide mode de traitement, c'est de presser sur les pustules ou de les ouvrir avec la lancette.

Les opinions d'Alibert (4) sur l'acné étaient essentiellement différentes de celles du dermatologiste anglais que je viens de nommer. La description qu'il donne de la maladie se distingue honorablement de leurs opinions superficielles par une étude attentive de ses caractères anatomiques et de son étiologie; mais il abandonne la bonne voie pour

et par conséquent de l'action vasculaire de la peau : dans quelques cas, elle est provoquée par une congestion directe du tégument, tandis que dans d'autres elle semblerait tenir à une torpidité de la circulation capillaire et à une obstruction du cours du sang par suite d'une excitation brusque et irrégulière. » « On Diseases of the Skin », 5th. ed., p. 667. (*Note de l'éditeur anglais.*)

(1) « Practical Treatise on Diseases affecting the skin. » London, 1850.

(2) « Practical Observations on the Pathology and Treatment of certain Diseases of the Skin. » London, 1847.

(3) Traduit en allemand et publié à Weimar en 1836.

(4) Leçons du baron Alibert, recueillies par M. Daynar, et traduites en allemand par le docteur Blöst. Leipsig, 1837.

créer une sous-division inutile et injustifiable de ses variétés, et ainsi, par ses nombreuses dénominations et classes, il s'éloigne désavantageusement de la simplicité des auteurs anglais. Tandis que le terme *acné* avait depuis longtemps en Angleterre remplacé celui de varus pour la maladie connue en allemand sous le nom de « Finne », Alibert, avec sa connaissance complète de la littérature médicale ancienne, préféra employer de nouveau la vieille dénomination comme expression générique pour désigner ce groupe d'affections, et traita de toutes les altérations des tissus glandulaires de la peau sous ce seul nom.

Ses espèces sont *Varus sebaceus s. comedo*, *Varus miliaris s. frontalis*, *V. hordeolatus*, *V. disseminatus*, *V. gutta rosea*, *V. mentagra*. Cette classification donna lieu à de nombreux inconvénients, et les leçons d'Alibert sur l'acné trouvèrent peu de disciples, soit en France, soit ailleurs. Même le nom Varus ne fut accepté par aucun de ses successeurs; tous, à l'exception de Duchesne-Duparc, préfèrent le terme acné.

Biett et ses continuateurs, Cazenave et Schedel, décrivent sous les noms d'*A. simplex* et d'*A. indurata* ces inflammations des glandes sébacées, dont je parlerai comme de véritables acnés, et ils se servent aussi des termes *A. punctata* et *A. sebacea* pour indiquer la sécrétion anormale que j'ai déjà décrite (p. 100) sous le titre plus correct et plus généralement compris de *seborrhœa* ou *steatorrhœa;* cette affection s'accompagne sans doute souvent d'acné vraie, mais elle est occasionnée par un processus différent de celui auquel la dernière doit son origine.

Les auteurs français plus modernes, tels que Gibert, Devergie, Rochard. Bazin, Piogey, n'ont pu attacher que peu d'importance aux doctrines de Biett, et préfèrent plutôt ranger l'acné dans de nouvelles divisions, parmi les tubercules ou pustules, ou, comme l'a fait Hardy, dans les « maladies accidentelles de la peau »; ou bien encore créer de nouvelles et fausses espèces en plus de celles déjà instituées par Willan et Biett, telles que le *V. pustulosus* (Duchesne-Duparc), subdivisé en une *forma acuminata* et une *forma globulosa*, l'*A. varioloïde* (Bazin), l'*A. ombiliquée* (Piogey), l'*A. sans et avec hypertrophie des follicules* (Devergie), l'*A. tuberculoïde*, *Ecdermoptosis* (Huguier), *A. hypertrophique* (Rochard).

Rayer constitua une exception digne d'éloges parmi ses compatriotes, en se dévouant à formuler une description exacte de l'acné plutôt qu'en cherchant à en fabriquer de nouvelles variétés.

On ne trouve malheureusement pas dans les œuvres des auteurs allemands une appréciation convenable de cette maladie défigurante. Joseph Franck, Fuchs et Riecke se bornent aux remarques les plus

superficielles et les plus inexactes. Ainsi Franck décrit l'acné comme une *Psydracia a plethora* et dit qu'elle survient chez les jeunes personnes qui vivent chastement ou après une première liaison. Riecke reproduit, purement et simplement, les descriptions des auteurs français et anglais; tandis que Fuchs obscurcit le véritable caractère de la maladie sous les ornements d'une nomenclature botanique, qui n'a aucune place dans la science de la médecine. Dans un ouvrage intitulé « Une description complète de l'acné », Brender expose à ses confrères les observations qu'il a faites sur ce sujet à Paris et à Lyon (1). Il divise l'acné en *A. juvenilis, A. virilis* et *A. senilis*, et en même temps il conserve la classification de Willan, identifiant ces trois espèces avec l'*A. simplex*, l'*A. indurata*, et l'*A. rosacea* de l'auteur anglais.

Gustave Simon seul se déclare contre toute autre subdivision de la maladie, et en outre expose assez complétement son anatomie, faisant remarquer que « dans chaque pustule où il est impossible de découvrir du pus sous l'épiderme, il y a cependant toujours un point de suppuration profondément placé dans le chorion, et qu'on peut l'évacuer à l'aide d'une ponction ». Ainsi l'origine d'une papule acnéique en suppuration de la vraie peau fut bien expliquée.

Dans l'année 1845, j'émis mes opinions personnelles sur le siége et les symptômes de l'acné dans le journal de la Société impériale de Médecine (2), et je n'ai aujourd'hui aucune modification essentielle à apporter à ce que j'écrivais alors. Mais l'explication de l'origine de la maladie a reçu depuis lors quelques éclaircissements additionnels des découvertes faites dans toutes les directions, et notamment des doctrines de la pathologie cellulaire. Le professeur Virchow a, dans sa description des tumeurs formées par rétention (3), saisi l'occasion de mentionner l'acné. Il dit que lorsqu'un processus irritatif se développe autour d'un follicule pileux par suite de la rétention de sa sécrétion, et prend un véritable caractère inflammatoire, « il en résulte les diverses formes que, depuis l'époque de Willan, les dermatologistes ont réunies sous le nom d'acné. Le caractère de l'acné différera suivant que les follicules pileux remplis complétement et fermés produisent des effets plus ou moins graves sur les tissus environnants. Lorsque l'occlu-

(1) Gregor Brender, « Ausführliche Abhandlung über Acne ». Freiburg im Breisgau, 1831.

(2) « Zeitschrift der k. k. Ges. der Aerzte zu Wien, Zweiter Jahrgang. » Vol. I, p. 144.

(2) « Die Krankhaften Geschwülste. » Vol. I, p. 221 (1863).

sion est superficielle, les follicules apparaissent sous forme de comédons, et l'*A. punctata* en est la conséquence : quand elle est placée plus profondément, et quand les tissus avoisinants se tuméfient, que les vaisseaux sanguins se dilatent et deviennent variqueux, et qu'alors il survient des pustules, on appelle la lésion, d'après son aspect, *A. rosacea* (Gutta rosacea, Couperose, Kupfernase) ; enfin, lorsque la peau adjacente s'épaissit, il se produit l'*A. indurata* ».

On verra tout à l'heure jusqu'à quel point ces opinions, qui sont principalement le résultat d'observations sur le cadavre, sont confirmées par ce qu'on est à même de voir pendant la vie du malade.

Avant, toutefois, de passer à la description détaillée de l'*A. disseminata*, je ferai remarquer que, tandis qu'il y a sous beaucoup de rapports une liaison intime, une ressemblance très-grande entre cette lésion et d'autres formes de l'acné, dont je parlerai plus tard sous les noms d'*A. mentagra s. sycosis* et d'*A. rosacea*, ou couperose, il existe néanmoins entre elles une différence nettement définie ; de sorte que je crois être autorisé à faire de chacune de ces trois formes une maladie distincte.

Définition. — L'*acne disseminata* apparaît sous forme d'élevures ou nodules rouges, coniques ou hémisphériques, d'un volume variant entre celui d'une graine de chènevis et celui d'une fève ; quelques-unes sont solides, d'autres remplies de pus ; la plupart discrètes, mais parfois accidentellement disposées en groupes ou en lignes ; se rencontrant partout, excepté sur la paume des mains et la plante des pieds, mais affectant principalement la peau du visage, la poitrine et le dos, et dans la majorité des cas survenant chez de jeunes sujets.

Variétés. — Cette maladie s'accompagne fréquemment d'autres altérations des glandes sébacées et des follicules pileux, connues sous le nom de comédon, milium, séborrhée, et que j'ai déjà décrites dans le sixième chapitre de cet ouvrage. Mais les tubercules d'acné peuvent survenir sans aucune complication, soit comme conséquence d'un irritant externe, soit que l'inflammation du follicule tienne à quelque affection interne. Il est donc par conséquent nécessaire de diviser l'acné en deux variétés, idiopathique et symptomatique (1).

Dans les ouvrages sur les maladies cutanées, on ne trouve le plus souvent décrite que cette forme d'acné qui survient avec les comédons et la séborrhée sur la face, la poitrine et le dos des jeunes sujets. Mais puisque j'ai démontré que non-seulement dans ces cas, mais dans beau-

(1) Pour apprécier dans quel sens le professeur Hebra emploie ces expressions, voyez p. 311, note.

coup d'autres conditions, des phénomènes exactement semblables peuvent se produire dans les mêmes tissus, suivant une marche différente, ayant une durée distincte sous d'autres rapports, il me paraît plus juste de former plusieurs subdivisions de l'acné, et de traiter de chacune d'elles séparément.

1° La forme ordinaire de la maladie, *A. vulgaris* de Fuchs, survenant toujours avec de la séborrhée et des comédons, est celle qui a été décrite par Celse, et ensuite par Plenck et Alibert, sous le nom de *varus;* on l'appelle en Allemagne « Finne » ou « Pfucken », en France « Boutons », et en Angleterre « Stonepocks ». Elle est caractérisée par son siége presque exclusif sur la peau de la figure, la poitrine et le dos, où elle se présente sous forme, soit de petites papules rouges, entourant les comédons et ne s'élevant que très-légèrement au-dessus du niveau de la peau (*A. punctata*), soit aussi de plus grosses papules ou nodules (tubercules), qui renferment un comédo, ou bien plus ou moins de pus (*A. pustulosa*). En outre, ces papules peuvent être placées les unes à côté des autres, perdre ainsi leur forme hémisphérique et prendre l'aspect d'un grain d'orge ou d'avoine (*A. hordeolaris*); ou elles peuvent encore augmenter au point d'atteindre la grosseur d'un pois ou d'une fève, sans toutefois qu'on puisse apercevoir leur contenu jusqu'à ce qu'elles soient ouvertes, présentant seulement jusque-là l'apparence de protubérances solides (*A. indurata*).

2° Une seconde forme est celle que revêt l'acné lorsqu'elle a son siége sur le front, notamment près des cheveux, et qu'elle envahit également le cuir chevelu dans une certaine étendue; elle présente alors des papules plates de la grosseur d'un grain de chènevis, ou prend immédiatement une forme pustuleuse. Dans le dernier cas on ne voit pas de comédo, mais on trouve au sommet de la tumeur une croûte plate semblable à un disque, qui adhère intimement aux parties sous-jacentes et subit à la fin une telle dépression, qu'elle est entourée par le reste des papules sous forme d'un rebord ou limbe élevé. Lorsque plus tard cette croûte se détache, elle est remplacée par une cicatrice d'un volume correspondant et qui est également plus profonde que la peau adjacente.

Cette variété d'acné, qui offre beaucoup d'analogie avec les éruptions de la variole et de la syphilis, est celle qui correspond le mieux à la forme que Bazin a désignée sous le nom d'*A. varioliformis.* On pourrait, comme elle survient exclusivement sur le front, l'appeler *A. frontalis.*

3° Chez des personnes cachectiques, et notamment chez celles qui présentent des traces évidentes de scrofule (tels que des engorgements ganglionnaires, des caries et une excrétion graisseuse sous forme de ce qu'on appelle *Pityriasis tabescentium* et *P. scrofulosorum*, plus exactement une séborrhée universelle), chez ceux qui sont atteints de l'affection connue sous le nom de *Lichen scrofulosorum*, et chez des malades convalescents du scorbut, lorsque chaque papule d'acné paraît entourée d'un bord pourpre hémorrhagique livide, dans tous ces états on peut observer des éruptions d'acné, qui ne renferment aucun comédo, et ne sont pas limitées à la face, à la poitrine et au dos, mais apparaissent sur toute la surface des membres ainsi que sur le tronc. Sous ce rapport l'éruption ressemble à celle produite par la syphilis (*S. cutanea papulosa*); mais elle s'en distingue par sa marche ultérieure et notamment en ce qu'elle ne donne jamais lieu à des ulcères spécifiques. On pourrait avec raison désigner cette variété sous le nom d'*A. cachecticum*.

4° Durant l'emploi de divers remèdes, il peut survenir une inflammation des tissus glandulaires de la peau, d'où résulte une éruption analogue à celle que je viens de décrire.

Ainsi, tout le monde sait que beaucoup de personnes, si elles prennent de l'iode à l'intérieur, sont affectées d'une éruption de nombreuses petites papules d'acné sur le corps, la poitrine et le dos, qui dans certains cas se transforment rapidement en pustules, dans d'autres restent pendant quelque temps sans changement. Elles empêchent souvent de persister dans l'administration d'un remède d'ailleurs indiqué, et disparaissent promptement lorsqu'on le cesse, sans laisser de cicatrices après elles (1).

Une autre cause moins connue de cette espèce d'acné est l'application locale de goudron. J'ai déjà indiqué que bon nombre de personnes souffrant d'une affection telle que le psoriasis, pour laquelle le goudron se trouve indiqué, ne peuvent pas avoir recours à ses préparations, parce que chaque application est suivie d'une poussée de papules rouges de la grosseur de grains de chènevis ou de fèves, dont chacune laisse voir à son sommet un point noir correspondant à l'orifice de la glande sébacée ou du follicule pileux, et qui tient à ce que le goudron s'est logé là.

Mais, outre ces causes, on peut observer le même effet chez les ou-

(1) L'absence de cicatrices consécutives est justement le trait distinctif entre l'acné véritable, et l'éruption iodique acnéiforme. Il est très-rare, d'ailleurs, qu'à elle seule celle-ci mette obstacle à la continuation du traitement par l'iode. Cette contre-indication résulte le plus souvent des autres accidents de même origine, affectant les muqueuses, la pharyngite, la conjonctivite et surtout le coryza. (A. D.)

vriers qui travaillent sur le goudron dans la préparation de la benzoïne, de la paraffine, de la graisse pour les roues de voiture, etc.

Ils ne se trouvent pas ordinairement en contact direct avec le goudron ; mais, comme ils vivent dans une atmosphère imprégnée de ses vapeurs, il survient une telle irritation de la peau qu'une inflammation des glandes sébacées se développe sous forme d'acné. Il n'est pas étonnant que, dans ces cas, la maladie ne se confine pas à certaines régions du corps, mais se manifeste partout, sur le tronc et sur les membres.

Pour désigner cette variété produite par des irritants artificiels, on peut se servir du terme *A. artificialis*, ou plus spécialement d'*A. e pice*, *ex iodo*, etc.

Marche. — Chacune des espèces d'acné que j'ai décrites suit une marche différente.

1° La forme ordinaire (*A. vulgaris*) ne se développe que lentement en une éruption considérable, car, règle générale, il n'y a qu'un petit nombre de follicules qui s'enflamment immédiatement et suivent une évolution régulière, depuis l'*A. punctata* jusqu'à l'*A. indurata*. Tandis que ce phénomène se produit, d'autres follicules ne sont encore remplis que de leur sécrétion sébacée ordinaire, et durant la métamorphose de ces dernières en nodules acnéiques, une troisième série commence à subir le même processus, et ainsi de suite. Comme, de plus, l'éruption développée ne persiste pas à l'état qu'elle a atteint, mais passe à travers des changements rétrogressifs, tandis que de nouvelles poussées de la maladie apparaissent sur d'autres points, il en résulte que l'on pourra observer simultanément chez un seul malade tout le cours d'évolution et de rétrogression de l'acné.

Il suit de là que les traits caractéristiques d'une *A. vulgaris* complétement développée ne peuvent se déduire de l'aspect d'une seule éruption, mais que dans chaque cas il faut rechercher les comédons dans lesquels la maladie a eu son point de départ, les nodules de diverses grosseurs, les pustules et les croûtes formées par leur dessiccation, et enfin les cicatrices qui se produisent après la chute de ces dernières. Il ne faut pas non plus oublier que la peau, entre les follicules affectés, présentera toujours un aspect huileux, ou en d'autres termes l'état connu sous le nom de séborrhée. Si à cette description j'ajoute que la maladie est presque exclusivement limitée à la peau de la face, de la poitrine et du dos, laissant le reste du corps intact, on possède assez de signes diagnostiques pour distinguer cette variété d'acné des autres

formes, ainsi que de toutes les affections cutanées qui peuvent avoir de l'analogie avec elle.

2° L'*A. varioliformis* conserve une marche typique semblable, mais l'éruption est en général plus abondante, et elle donne lieu consécutivement à des cicatrices plus profondes. Cette variété ne récidive jamais qu'après un certain temps, de sorte que l'on observe souvent un intervalle de plusieurs mois entre ses poussées (1).

(1) Cette note aurait pu trouver sa place au chapitre du *Molluscum contagiosum*, page 132, qui n'est autre chose, depuis les travaux de M. Bazin, que l'affection désignée aujourd'hui sous le nom d'*acné varioliforme;* mais nous avons pensé qu'elle serait mieux pacée au chapitre de l'acné, puisque actuellement tous les observateurs sont d'accord pour considérer cette altération comme une variété d'acné.

L'*acné varioliforme* est une variété particulière d'acné, que M. Bazin a le premier décrite d'une manière complète dans un remarquable mémoire publié en 1851 (*Journal des connaissances médicales pratiques*, numéro de juillet). Rayer l'avait mentionnée sous le nom d'*élevure folliculaire,* et M. Huguier sous celui d'*ecdermoptosis*. Depuis, elle a été étudiée avec soin par un grand nombre d'observateurs dont quelques-uns ont cherché à tort, selon nous, à lui appliquer une dénomination nouvelle, comme si cette profusion de termes ne devait pas contribuer à augmenter l'obscurité que l'on reproche, non sans raison, à la dermatologie : c'est l'*acné tuberculeuse ombiliquée*, de Piogey; l'*acné molluscoïde,* de Caillaut; *tuberculoïde*, de Devergie, etc.; comme on peut le voir, il est peu d'affections qui comptent autant de noms que cette variété d'acné; nous pourrions même, outre un certain nombre d'autres que nous passons sous silence, rappeler dans cette note la qualification d'acné *frontalis* que le professeur Hebra lui donne, et assez à tort, selon nous, puisque, loin de s'observer exclusivement au front, l'acné varioliforme a pour siége ordinaire la face, le cou, le devant de la poitrine, et que M. Bazin l'a vue souvent aussi sur les parties sexuelles de l'un et de l'autre sexe.

Bateman, du reste, avait le premier signalé cette variété d'acné sous le nom de *molluscum contagiosum*, et il lui attribuait une propriété de transmissibilité sur laquelle nous reviendrons dans un instant. Robert Willis en avait aussi publié un dessin et une description exacte sous la dénomination de *tumeur folliculeuse*.

Mais c'est à M. Bazin que revient incontestablement le mérite d'avoir le mieux décrit cette affection et d'avoir trouvé le nom typique d'acné varioliforme ou ombiliquée, qui, malgré toutes les tentatives que nous avons indiquées, est à présent accepté par la plupart des dermatographes, nom d'ailleurs parfaitement approprié à la lésion dont il s'agit ici, et qui, sans aucun doute, restera dans la science.

« Sur un point quelconque de la peau, dit M. Bazin, on voit apparaître une petite éminence papuleuse, presque imperceptible, plus sensible au toucher qu'à la vue, dure, aplatie, épidermique, comme demi-transparente, moins colorée que les papilles environnantes, éminence qui va chaque jour en grossissant, mais lentement et faisant des progrès insensibles. A la loupe, on aperçoit déjà l'ombilic central et le pourtour demi-transparent formé par le soulèvement des couches épidermiques; l'engorgement folliculaire s'accroît, devient de plus en plus proéminent, et, en quelques semaines, de l'hémisphère d'un grain de millet il a acquis la dimension d'un grain de chènevis ou d'un pois. Il forme alors une petite tumeur arrondie, offrant ordinairement, à son centre, un cercle ombilical distinct, parfaitement visible à l'œil nu, et mieux encore à la loupe. Ce point central est noirâtre, d'un gris cendré ou d'un blanc sale, quelquefois formé comme par une substance crayeuse, rugueuse. On la voit, dans quelques cas, sortir des follicules, soit spontanément, soit par une pression un peu forte entre les doigts, sous forme de filaments ou d'appendice vermiforme; ce n'est autre chose que la matière concrète qui remplit et distend le follicule. L'orifice du follicule est un contour arrondi, sorte de margelle, en dehors de laquelle existe un cercle transparent ou demi-transparent, parfaitement visible à la loupe, nullement vésiculeux et formé par le soulèvement des couches épithéliales. Au-dessous de ce cercle, on voit la base de ce follicule opaque, ayant ordinairement la couleur de la peau environnante. Dans quelques cas, le bouton

3° Cependant la marche de l'*A. cachecticorum* n'est pas la même. Ici une multitude d'éruptions diverses surviennent simultanément sur toute la surface du corps, celles déjà développées restent beaucoup

folliculeux ressemble à une verrue ou à un petit nævus. On dirait, au premier abord, qu'il n'y a pas d'ombilic, mais en examinant le bouton avec attention, soit à l'œil nu, soit, ce qui vaut mieux encore, à l'œil armé de la loupe, on distingue bien nettement l'ouverture ombilicale sur la partie inférieure ou sur le côté du bouton..... Le développement de ces boutons se fait ordinairement sans que le malade éprouve le moindre prurit. Ce n'est que par le toucher ou par la vue qu'il s'aperçoit de leur existence ».

L'étude anatomique de ces petites tumeurs montre qu'elles sont composées de l'enveloppe cutanée au-dessous de laquelle se trouve une membrane mince, transparente, contenant un corps multiloculaire formé de six loges tubulaires, comme l'a démontré dans sa thèse un ancien élève de M. Bazin, M. le docteur Magnan. Ces loges, placées à côté les unes des autres, viennent toutes s'ouvrir dans le canal excréteur du follicule. Examinée au microscope, la matière dans cette tumeur acnéique est constituée par le sebum proprement dit, sous forme de granulations fines, jaune clair, au milieu desquelles on rencontre des globules graisseux. Ce sebum est réuni en masse ou renfermé dans des cellules. On observe fréquemment aussi, selon M. le professeur Hardy, au milieu des corpuscules épithéliaux ou sébacés des tubes ramifiés, très-distincts, contenant dans leur intérieur, ou à leurs extrémités, des points sphériques ou ovoïdes qui paraissent être des spores (Hardy, *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. I, p. 352). Ce cryptogame se retrouverait du reste souvent, d'après le même auteur, au milieu du sebum extrait d'un follicule à l'état normal.

Enfin l'acné varioliforme peut rester longtemps stationnaire et définitivement guérir, soit par l'évacuation spontanée du follicule et son inflammation adhésive, soit par l'étranglement et la mortification de la tumeur, qui quelquefois est déchirée par les ongles du malade.

L'acné varioliforme peut exister seule ou se trouver associée avec d'autres affections des follicules ou diverses maladies de la peau.

M. Bazin range l'acné varioliforme dans les scrofulides cutanées bénignes, scrofulides boutonneuses. « Dans tous les cas soumis à mon observation, dit cet auteur (Bazin, *Leçons sur la scrofule*, 2e édit., p. 158), il a été facile d'établir la relation de cette affection avec les autres accidents de la scrofule. » M. Hardy ne partage pas cette opinion, car, selon lui, on rencontre souvent l'acné varioliforme sur des personnes à tempérament nerveux ou sanguin et n'ayant jamais présenté aucun signe de scrofule. Cette maladie serait plus fréquente chez les femmes. Hebra, comme on a pu le voir au chapitre du *Molluscum contagiosum*, page 132 de cet ouvrage, range cette affection au nombre des anomalies de sécrétion des glandes sébacées. Et quant à la cause, il avoue son ignorance relativement à son mode d'origine. Cependant il signale comme cause prédisposante du molluscum la présence du prurigo. (Voyez à la page indiquée ci-dessus.)

L'acné varioliforme est-elle contagieuse ? Admise par les uns, rejetée par les autres, la transmissibilité de cette variété d'acné n'est pas encore tranchée d'une manière positive. Bateman, qui a le premier parlé de cette forme acnéique sous le nom de *molluscum contagiosum*, admettait la contagion. Dans son excellent mémoire sur le molluscum contagiosum, M. Caillaut a rapporté un certain nombre de faits en faveur de la même opinion. M. Bazin, au contraire, nie formellement la contagion de l'acné varioliforme ; M. Hebra la repousse également. Hutchinson et le traducteur anglais d'Hebra, M. Hilton Fagge, sont, eux, disposés à l'admettre. MM. Cazenave et Devergie ne se croient pas en droit de la rejeter. M. Hardy, dans l'article déjà cité, rapporte « le fait, observé en 1857, d'une nourrice et d'un enfant qu'elle allaitait, affectés, la première de tumeurs d'acné varioliforme au sein, le second de la même maladie à la face, de manière que les régions atteintes se correspondaient exactement, étaient en contact lorsque l'enfant tetait ». Rapproché de celui-ci, un autre cas, que le même auteur eut l'occasion de voir dans son service d'hôpital, a engagé M. Hardy à considérer l'acné varioliforme comme une maladie contagieuse. Quant à nous, les faits que nous avons eu l'occasion de voir sont encore trop peu nombreux et trop peu concluants pour que

plus longtemps sans modification apparente, et après la disparition des nodules ou des pustules on voit persister pendant très-longtemps des macules remarquables par leur pigmentation livide. Dans des cas isolés, notamment dans le scorbut, bon nombre des points de l'éruption proprement dite pourront être remplacés par une surface ulcérée, saignant facilement et entourée d'un rebord livide.

4° L'aspect et la durée de l'acné artificielle dépend de son intensité et de la persistance de sa cause excitante, et sans doute aussi des conditions particulières au tégument affecté. L'acné produite par l'emploi de l'iode se prolonge non-seulement aussi longtemps qu'on a recours à ce remède, mais persiste toujours plus ou moins après sa cessation. Celle qui reconnaît pour cause le goudron continuera à fournir ses nodules durs, rouges, analogues à des balles, lorsque le contact avec la substance irritante a déjà cessé; de sorte que cette variété demande de deux à quatre semaines avant d'être parfaitement guérie, disparaissant cependant, à la fin, sans laisser après elle ni macules ni cicatrices.

Diagnostic. — Bien que j'aie déjà indiqué les signes caractéristiques des diverses formes d'acné, il faut se rappeler qu'il y a beaucoup d'états morbides dans le cours desquels il survient des inflammations des follicules pileux et des glandes sébacées, sans que l'on puisse séparer la maladie primitive d'avec l'éruption acnéiforme ainsi produite. De sorte que des processus morbides parfaitement indépendants, tels que la variole ou la syphilis, pourront donner lieu exactement à la même éruption que celle qui est produite par l'inflammation autour d'un follicule pileux fermé, dans l'acné ordinaire. Aussi ne devrait-on pas porter avec précipitation un diagnostic d'après la forme présentée par une seule éruption, qui ne constitue qu'une partie de la maladie entière; on doit prendre en considération *tous* les caractères de la maladie. D'ailleurs, les différences les plus importantes entre ces formes associées ne deviennent évidentes qu'à des périodes plus avancées de l'affection, et le médecin pourra ainsi, à l'aide d'une observation continue, arriver à un diagnostic précis qui, au premier abord, aurait été impossible (1).

nous puissions nous prononcer en connaissance de cause; nous attendrons donc, pour nous faire une opinion arrêtée sur ce sujet, de nouvelles observations.

Le traitement ne présente rien de particulier; il consiste à ouvrir ces petites tumeurs avec la pointe d'une lancette. Si les follicules malades sont trop nombreux pour que l'on puisse avoir recours à cette méthode, il faut toucher les élevures acnéiques avec des solutions astringentes ou légèrement cathérétiques, de manière à provoquer l'inflammation du follicule et obtenir ainsi la guérison par suppuration. (A. D.)

(1) Nous ne saurions admettre une telle conclusion, tout à fait hors de rapport, d'ailleurs, avec la forme précise, quelquefois même un peu absolue des énoncés du

Etiologie. — Personne n'a encore réussi à découvrir les causes excitantes de l'acné. En réalité, à l'exception d'un petit nombre d'irritants cutanés, qui ne paraissent agir que dans de certaines conditions, et sur certaines personnes, on ignore à peu près complétement ce qui peut le produire.

Il est vrai que dans des ouvrages sur la médecine cutanée, on trouve signalés comme causes de l'acné certains aliments, des émotions violentes, les préoccupations morales, l'innervation morbide ou la torpidité des organes de la peau. Mais ces assertions sont pour la plupart des hypothèses arbitraires qui ne s'appuient sur aucun fait.

Biett considère certaines professions comme particulièrement nuisibles : « celles dans lesquelles on est obligé de tenir la tête penchée et exposée en même temps à une haute température ». Wilson accuse, dans quelques cas, l'usage de l'eau froide en boisson lorsque le corps est en sueur, dans d'autres l'abus d'eaux de toilette et de cosmétiques irritants ; tandis que Brender pense que le tabac à fumer est une cause de la maladie. Rayer dit qu'elle survient chez les jeunes gens qui s'adonnent à l'onanisme ; Alibert, chez les personnes vouées « aux combinaisons spéculatives », qui jouent toute la nuit, ou qui vivent dans une anxiété continuelle ; pendant que Fuchs prétend qu'il l'a souvent vue accompagner la goutte ; et Plenck exprime une idée largement répandue dans la basse classe par les mots : « *Juventibus victu crasso utentibus et spermaticis sunt familiares vari : circa adolescentiam evanescere solent.* »

Jusqu'à quel point peut-on prouver la réalité de ces hypothèses, c'est ce que je dois rechercher dès à présent ; et dans ce but je me servirai de statistiques basées sur les nombreux cas de cette maladie que j'ai été personnellement à même d'observer. Il ressort de ces chiffres que l'acné se montre rarement avant la puberté ; que des personnes de l'un ou l'autre sexe peuvent en être atteintes après l'âge de quatorze ans, mais qu'elle se manifeste le plus souvent entre la dix-huitième et la vingt-quatrième année. L'inflammation d'un ou de plusieurs follicules sébacés s'observe de temps à autre à des périodes plus avancées de la vie, et il y a des personnes qui en sont affectées pendant toute leur existence. Le fait que l'on en rencontre des cas également dans tous les

professeur Hebra. Pour ce qui nous concerne et d'après notre observation, il existe toujours entre l'éruption d'acné simple et l'éruption d'acné syphilitique des caractères distinctifs capables de mettre le praticien à même de porter le diagnostic différentiel ; ajoutons, et de le porter d'après l'examen d'une seule région malade. Sans doute il faut pour cela de l'habitude, une expérience spéciale et beaucoup d'attention ; mais ces conditions suffisent. (A. D.)

climats, et chez toutes les nations (1), à chaque saison de l'année, et chez des individus ayant les occupations et les genres de vie les plus divers, dans la classe riche aussi bien que dans la classe pauvre, est assurément une preuve évidente qu'aucune des prétendues conditions productrices de l'acné n'est sa cause réelle.

Par-dessus tout, je refuse absolument de souscrire à l'hypothèse que l'acné peut être la conséquence de l'usage de certaine nourriture, — de poisson salé et mariné, notamment de harengs, de jambons fumés, de fromage fort, de salade, ou de tout mets contenant du vinaigre ou préparé avec des condiments chauds, tels que poivre, capsicum annuum (*paprika* hongrois), gingembre, etc. Il en est également de même de l'abus des boissons alcooliques, comme cause de cette affection; cette opinion a sans doute pris naissance dans l'habitude trop commune de confondre l'acné vraie (*A. disseminata*) avec l'*A. rosacea* qui peut sans doute être le résultat de l'intempérance. Le fait est que des buveurs de liqueurs fortes possèdent la peau la plus belle, la plus douce et la plus délicate, avec les conduits des follicules pileux à peine visibles, et nécessairement non obstrués par des bouchons de sébum; aussi en résulte-t-il que ces follicules sont peu disposés à s'enflammer et à produire des nodules acnéiques sur la face, la poitrine et le dos. En même temps, il peut y avoir dans ces cas un spécimen splendide de « Bacchia » (*A. rosacea*) sur le nez, les joues et le menton, — preuve nouvelle que ces deux affections ne sont pas provoquées par les mêmes causes.

L'origine de l'opinion qu'une certaine alternance existe entre l'évolution de l'acné et l'exercice des fonctions génésiques provient sans doute de ce que l'acné apparaît le plus souvent vers l'époque de la puberté, lorsque certains changements dans l'organisme accompagnent le développement sexuel. Mais les résultats d'une observation impartiale ne confirment nullement cette manière de voir. Il y a des personnes de l'un et l'autre sexe adonnées à des plaisirs vénériens excessifs, qui ne présentent aucune trace d'acné; d'autres, encore, qui en offrent plus ou moins dans ses régions favorites. D'un autre côté, on trouve la peau du visage, de la poitrine et du dos parfois entièrement nette, d'autres fois constellée d'éruptions en nombre aussi considérable que les étoiles du firmament, chez les célibataires et chez les gens qui ne se sont jamais livrés à l'onanisme. Ces remarques s'appliquent aux deux sexes, mais on est naturellement plus à même d'en fournir la

(1) Vide Pruner's « Krankheiten des Orients ». Erlangen, 1847.

preuve chez les femmes. Il m'est donc impossible d'accepter le dicton de Plenck : « *Matrimonium varos curat* », mais je dirais plutôt : « *Tempus varos curat* »; car, à la longue, cette inflammation des glandes sébacées et des follicules pileux, qui survient le plus souvent à l'époque de la puberté, arrivera à son terme, et cela aussi sûrement chez les célibataires et les vestales que chez les personnes mariées.

Il est cependant indiscutable que des agglomérations de sébum sur le cuir chevelu, la face, la poitrine et le dos, concurremment avec la formation de comédons, et leur résultat nécessaire dans l'acné, se présentent souvent en connexion avec des troubles dans la menstruation, et disparaissent lorsque cette fonction est de nouveau redevenue normale. Mais il est impossible de spécifier aucune affection définie de l'utérus ou des ovaires qui provoquerait l'apparition plus ou moins fréquente d'acné. Effectivement, le fait que l'acné se rencontre aussi souvent chez les hommes que chez les femmes, sans qu'on observe la plus légère irrégularité dans les fonctions sexuelles, nous empêcherait à lui seul de tirer aucune conclusion, quant à la dépendance de l'un des phénomènes à l'égard de l'autre. J'enregistre donc simplement le fait que je viens de mentionner, à titre de pure coïncidence.

Je ne dois pas omettre d'indiquer, à ce sujet, une observation que le professeur Rigler (aujourd'hui à Gratz), qui a habité Constantinople pendant douze ans, fit à ma requête et qu'il me communiqua par lettre. Personne n'ignore que l'usage inhumain existe encore dans l'est (1) de pratiquer la castration, pendant qu'ils sont encore jeunes, sur ceux qui sont destinés à servir dans le harem ; à ce propos le professeur Rigler fait la remarque suivante : « J'ai très-rarement vu l'acné chez des eunuques », tandis qu'il dit aussi que l'acné disseminata est très-largement répandue dans l'est et se rencontre aussi fréquemment dans les races de couleur que dans la race blanche (2).

Je n'ai donc à mentionner que les préparations de goudron comme certainement capables de provoquer l'acné par leur action à titre d'irritants idiopathiques, tandis que l'acné symptomatique peut survenir dans le cours de certaines maladies générales, — scrofule, scorbut, syphilis dans sa forme spécifique, — ou par l'usage interne de l'iode.

(1) Même à Rome, on avait l'habitude de châtrer des enfants, dans le but de conserver leur voix pour chanter à Saint-Pierre, jusqu'à l'époque de Clément XVI, et bien que ce pape ait défendu une telle pratique, on a continué d'y avoir recours longtemps encore après, dans diverses parties de l'Italie.

(2) « Die Türkei und deren Bewohner », by D[r] Rigler. Vienna, 1852, vol. II, p. 58.

Anatomie. — L'étude attentive de l'origine et de la marche d'un nodule acnéique isolé suffit dans la plupart des cas pour arriver à cette conviction que le siége de la maladie est le follicule pileux, concurremment avec les glandes sébacées qui s'ouvrent dans son intérieur ; car on peut voir un comédo sur un point quelconque de l'éruption : ou, sinon, un follicule pileux s'ouvre au centre du nodule acnéique, dont on peut tôt ou tard à l'aide d'une pression modérée expulser d'abord un bouchon de sébum et d'épiderme et puis une petite goutte de pus.

Cette opinion repose aussi sur les observations suivantes. L'acné s'accompagne souvent de comédos sans qu'il y ait autour d'eux ni de l'inflammation, ni d'autres affections des glandes sébacées, telles que la séborrhée. Après une poussée, il reste là dans la peau des dépressions analogues aux cicatrices consécutives à la petite vérole, qui, nécessairement, n'affectent pas l'épiderme seul, mais indiquent une perte de substance dans le chorion lui-même, avec destruction du follicule pileux, de sorte que sur ces points aucun cheveu ne pousse, et qu'il n'y a plus de sécrétion de sébum. Enfin, l'acné a son siége de prédilection sur les parties de la peau où les follicules sont les plus larges et les plus nombreux, tandis que comparativement elle épargne d'autres régions qui en sont moins abondamment pourvues ; et on ne la rencontre jamais là où ils manquent complétement, comme à la paume des mains et à la plante des pieds.

L'inflammation qui affecte ordinairement le follicule paraît tenir à ce que le contenu des glandes, ne pouvant trouver une issue au dehors, agit comme tout autre corps étranger, donnant lieu à de l'irritation, qui à son tour détermine une altération de la nutrition dans le tissu cutané adjacent au follicule. La suppuration qui en résulte explique la rougeur et la douleur du point enflammé et les autres phénomènes concomittants de l'acné, que j'ai déjà décrits en détail. Le pus, je le répète, n'est pas, selon moi, le résultat d'une inflammation, mais, au contraire la rougeur et la tuméfaction du nodule acnéique sont occasionnées par une suppuration dans la substance du derme. La preuve en est que, longtemps avant qu'on ne puisse découvrir du pus dans le nodule, même avec l'aide d'une lentille, il est facile de démontrer sa présence en faisant une incision verticale à travers les couches superficielles de la peau. La quantité de pus est souvent très-petite, de sorte qu'on ne peut le reconnaître que par un examen microscopique du sang qui exsude du nodule incisé ; mais dans tous les cas, sans exception, on trouvera là, en

renouvelant les recherches, un plus ou moins grand nombre des éléments du pus mêlés à ce sang et au sébum.

Ce que je viens de dire ici s'applique principalement à ces formes d'acné que j'ai mentionnées sous les noms d'*A. vulgaris* et d'*A. varioliformis*, où la cause de l'inflammation résulte de la sécrétion accumulée dans sa propre glande. Dans l'*A. cachecticorum* au contraire, ce bouchon sébacé n'existe pas, et dans ce cas l'épiderme qui tapisse le follicule paraît être développé d'une manière anormale, et provoquer une irritation, qui conduit à l'inflammation des parties adjacentes. Dans les variétés artificielles d'acné, et notamment dans l' « acné de goudron », on observe que la place du comédo est occupée par une petite quantité de goudron qui ferme mécaniquement le conduit sécréteur du follicule pileux et a, sans doute, pénétré assez profondément dans son intérieur pour y développer une irritation inflammatoire. Mais comment l'iode produit-il l'acné, et quelle relation ce remède, pris intérieurement, a-t-il avec le tégument, et notamment avec ses glandes ?... Il m'est impossible de le dire.

Pronostic. — L'acné dans toutes ses formes se distingue par une grande ténacité ; et par ses récidives fréquentes, par ses poussées répétées, elle exigera toujours un temps considérable pour son évolution complète. On peut dire en général que la résistance aux remèdes et la longue durée de la maladie seront proportionnées à l'abondance de l'éruption ; de sorte que des cas d'*A. vulgaris* ou d'*A. cachecticorum*, où l'on ne compte qu'un petit nombre de papules et de pustules sur la face, la poitrine et le dos, ne persisteront pas aussi longtemps que ceux dans lesquels elles sont si nombreuses. Dans l'*A. artificialis*, au contraire, la quantité de l'éruption n'a pas une aussi grande importance, car ordinairement elle s'étend à un nouvel endroit pendant qu'elle guérit dans le point primitivement affecté.

Si l'on ne considère que le résultat final de la maladie, le pronostic est toujours favorable ; car elle ne met jamais la vie en danger, et dans la majorité des cas, après avoir duré un certain nombre de mois ou d'années, elle disparaît complétement en laissant des cicatrices qui indiquent qu'il y a eu une perte de substance. L'apparition de l'acné dans le cours du scorbut, de la tuberculose, ou de toute autre cachexie ne paraît non plus modifier ni en mieux ni en mal ces états morbides.

Mais tout le monde n'attendant pas sans impatience la terminaison spontanée d'une poussée d'acné, le médecin sera toujours exposé à ce qu'on lui demande des renseignements sur la durée probable de la maladie. Dans ces circonstances, il est bon de se rappeler qu'un pro-

nostic favorable sera rarement justifié par l'événement. On ne peut promettre une guérison rapide que tout au plus dans ces cas ou l'*A. simplex* ou l'*A. varioliformis* n'a pas atteint une trop grande étendue, ou dans ceux causés par des irritants externes connus, tels que l'iode et le goudron. Dans tous les autres cas, le médecin et le malade doivent se munir d'une dose suffisante de patience, en se rappelant que l'acné, par ses fréquentes récidives, est une des plus pénibles et des plus opiniâtres affections de la peau.

Traitement. — Lorsqu'on voit le genre de traitement recommandé dans les ouvrages de dermatologie, on pourrait en conclure que rien n'est plus facile que de faire disparaître une inflammation folliculeuse qui endommage la peau humaine et de bannir l'acné de la face, où il met si tristement à l'épreuve la vanité de la jeunesse. Mais aussitôt qu'on essaye ces remèdes si prônés, on est bien vite forcé d'avoir une opinion opposée, d'avouer qu'il y a peu de tâches plus difficiles que celle de guérir les diverses formes de cette affection. Du dicton de Celse, *pene ineptiæ sunt curare varos;* du conseil de Plenck souvent donné à des jeunes gens affectés d'acné, par des médecins habitués à guérir des maladies internes à l'aide de la « vertu », *Matrimonium varos curat ;* et de la déclaration de grands chirurgiens qu'il est ridicule de s'inquiéter de la guérison de ces « boutons », — la seule conclusion à tirer est, non que cette affection doit être considérée comme insignifiante, ou inoffensive, mais purement et simplement, que ces auteurs ne connaissaient, en réalité, aucun remède efficace à lui opposer, et par conséquent se sont plus à cacher leur ignorance sous une affectation de supériorité.

Il faut bien avouer moi-même que, malgré des recherches réitérées, je n'ai pas encore réussi à trouver un remède à l'aide duquel on puisse empêcher l'acné de se développer ou la faire disparaître promptement, une fois qu'elle est établie. Le but de notre art devrait être ici de ramener les glandes cutanées à leur fonction normale, de manière à y empêcher le développement de cette action inflammatoire qui est le point de départ de la maladie. Car lorsqu'une fois un nodule acnéique est formé, elle touche bientôt à son terme; puisqu'il n'y a qu'un très-petit nombre de ces nodules qui ne subit pas l'évolution par suppuration, absorption ou exfoliation. Mais je répète que je ne connais pas de moyens internes ou externes, pour même simplement retarder la formation des nodules acnéiques. Je ne désespère pas cependant qu'on ne découvre, un de ces jours, un pareil remède ; et c'est d'autant plus probable que l'on sait que l'on peut produire l'inflammation des follicules

(par l'emploi de l'iode, par exemple), tandis que d'autre côté l'abus des liqueurs spiritueuses détermine un tel état des glandes sébacées que leur contenu reste liquide et ainsi ne s'accumule pas dans les conduits. Or c'est là une condition nécessairement défavorable au développement de l'acné, et l'on peut en conséquence inscrire les alcooliques, l'eau-de-vie surtout, comme des remèdes internes contre l'*acne disseminata.*

J'ai, toutefois, toujours constaté que les remèdes communément conseillés pour sa cure échouaient misérablement : tels que les émétiques, les purgations, l'arsenic, les sucs fraîchement exprimés, les extraits ou décoctions de chicorée, de chiendent et de dent-de-lion, le petit-lait, les eaux sulfureuses, et en général les remèdes antiphlogistiques et dérivatifs. Seulement, dans le cas d'*A. scrofulosorum,* il m'est permis de recommander consciencieusement l'usage interne de l'huile de foie de morue, puisque j'en ai fait des essais répétés, en dehors de toute application externe, et ai toujours trouvé cette pratique couronnée de succès. Il en est de même quand l'acné survient chez des malades scorbutiques ; un traitement dirigé contre la maladie constitutionnelle amène alors également la disparition de l'affection cutanée.

L'inutilité des remèdes internes contre l'acné met dans la nécessité de recourir à des applications locales. Il est évident qu'en enlevant la couche superficielle de l'épiderme, qui est intimement unie à celle dont sont tapissées les glandes cutanées, on déterminera aussi la chute de la dernière, de manière à ouvrir de nouveau les conduits des follicules pileux, à donner un libre passage au sébum, accumulé, et ainsi du moins à faire disparaître en partie la source de la maladie. Toutes les applications qui ramollissent l'épiderme en modifiant sa composition chimique et qui exercent une légère stimulation sur la couche papillaire que sécrète l'épiderme, répondront à ce but.

Par conséquent, l'emploi répété et prolongé de bains ordinaires dans le cas d'acné ayant son siége sur la poitrine, le dos, etc., et de bains de vapeur quand le cuir chevelu est également envahi, de savon comme on l'emploie habituellement en se lavant, seront, en général accompagnés de quelque succès. Si des eaux minérales ont une certaine action, on ne doit pas la rapporter à leurs principes constitutifs, quelle que soit la nature de ceux-ci, mais simplement à l'influence ramollissante de l'eau sur l'épiderme.

Pour les différentes applications dont on se sert habituellement dans le traitement de l'acné, je mentionnerai d'abord les diverses formes de *savon.* Lorsqu'on emploie du savon ordinaire pour se laver,

l'alcali libre qu'il contient toujours exercera une action considérable sur le ramollissement de l'épiderme. Le choix d'une espèce, de préférence à une autre, dépendra de sa plus grande commodité ou douceur, ou de la présence d'autres principes constitutifs qui, dans ce qu'on appelle savons médicinaux, favorisent l'action de l'alcali.

On peut appliquer plus facilement et plus uniformément les savons liquides que ceux qui sont solides, et ceux fabriqués avec de la potasse sont plus actifs que ceux renfermant de la soude ; aussi le meilleur savon que l'on puisse employer est-il le savon mou de potasse. Les préparations connues dans le commerce sous le nom de savons de glycérine liquides ou crème alcaline, et la solution alcoolique de savon que j'ai appelée *spiritus saponatus alkalinus* sont particulièrement précieux pour cette raison, ainsi que les savons médicinaux qui contiennent du soufre et de la pierre ponce (*Schwefel-Sandseife*) ou du soufre et de l'iode.

Mais quelle que soit l'espèce de savon dont on se serve, il faut qu'il soit employé avec soin en frictions sur la peau pour atteindre le but que l'on se propose. Pour cela, il est préférable de prendre des chiffons de flanelle sur lesquels on verse du savon liquide, ou bien on frictionne avec un savon solide après l'avoir humecté. Il faut alors frotter fortement la peau avec la flanelle.

On peut encore augmenter l'effet en laissant le savon dissous sous forme d'eau de savon sur la peau pendant un certain temps, durant la nuit par exemple. Seulement, il ne faut pas oublier que tout savon non-seulement ramollit l'épiderme, mais irrite aussi la vraie peau ; et par conséquent on ne doit pas l'employer pendant un temps indéfini, à moins qu'on ne veuille produire de l'excoriation. Il sera donc sage de faire des frictions de savon régulièrement tous les trois ou quatre jours, puis de cesser toute application pendant une période égale, jusqu'à ce que l'épiderme ramolli par le savon se soit détaché en écailles.

Lorsque l'acné envahit des régions étendues du corps, des bains contenant du savon sont utiles. Mais même alors l'effet du traitement augmentera beaucoup si, pendant que le malade est au bain, on frotte les parties affectées avec de la flanelle imprégnée de savon.

Le *soufre*, qui est si vanté dans le traitement de l'acné, soit en savon, soit comme principe constitutif de bains naturels ou artificiels, n'a pas paru avoir, je suis fâché de le dire, l'utilité que ses partisans voudraient lui attribuer. Cependant il convient souvent d'y avoir recours, parce que l'expérience ne nous a rien enseigné qui lui soit de beaucoup préférable. L'iodure de soufre agit localement comme un irritant éner-

gique; et il fut considéré comme un remède pour bon nombre d'affections cutanées, notamment pour l'acné, par Alibert et Biett, ainsi que par des médecins plus modernes (Cazenave, Schedel, Rayer, Veiel, Wilson). Il est certainement vrai que cette préparation produit une desquamation rapide de l'épiderme en provoquant une inflammation superficielle, et agit ainsi souvent d'une manière favorable. Mais attendu qu'il ne peut s'opposer à la formation de nouveaux nodules acnéiques, il n'a aucun titre à la prééminence sur les applications déjà mentionnées, qui agissent de la même manière.

L'action corrosive du *perchlorure de mercure* sur la peau lui a valu une réputation méritée dans le traitement de plusieurs dermatoses. Suivant que l'on emploie une solution aqueuse ou alcoolique, suivant son degré de concentration et son application comme lotion ou à l'aide de compresses, cette préparation différera par l'intensité de son action. Comme règle générale, on peut s'en servir dans la proportion d'un quart à un demi-grain sur une once d'eau, dose convenable pour les lotions et les bandages; et cette solution n'affectera que l'épiderme dont les couches superficielles se détacheront sous forme d'écailles minces comme du son. Si l'on désire une action plus énergique, on peut élever jusqu'à cinq grains la proportion de sublimé corrosif pour une once d'eau, d'alcool ou de collodion; mais alors il faut l'employer avec le plus grand soin, et seulement dans les circonstances où le médecin pourra l'appliquer lui-même et en surveiller les effets. Il sera nécessaire, pour les parties que l'on voudra dépouiller de leur épiderme, de les badigeonner plusieurs fois chaque jour avec la solution ou de les recouvrir de bandages imbibés du même liquide, pendant un espace de temps n'excédant pas quatre heures, si l'on doit atteindre le même effet rapidement. A l'aide de ces moyens, l'épiderme se trouvera soulevé sous forme d'ampoules de volume variable, et sera en peu de temps entièrement détaché du derme sous-jacent.

L'effet de cette préparation dans la guérison de l'acné tient à ce qu'elle sépare de leurs attaches les gaînes épidermiques des orifices des follicules pileux, par la destruction des couches superficielles de l'épiderme avec lesquelles, comme tout le monde le sait, ces gaînes sont intimement unies. Aussi, si l'occlusion des follicules pileux dépend d'une collection anormale de sébum et d'épiderme, ils deviendront libres par ce procédé, et l'on fera disparaître ainsi l'état anatomique qui a amené l'apparition de l'acné. Mais comme ce traitement occasionne pendant quelque temps au malade plus de gêne que la maladie elle-même (surtout lorsque l'on a recours à la solution

concentrée, qui est toujours douloureuse), et qu'il ne peut pas déterminer une cure radicale de l'acné, il est convenable de ne pas y avoir recours aussi souvent qu'aux autres méthodes que je vais actuellement décrire.

Les Orientaux ont l'habitude d'employer une combinaison de sublimé corrosif et d'albumine (1) pour embellir leur peau ; et comme le premier ingrédient ne s'y trouve qu'en petite proportion, il n'est pas nuisible, et son action est souvent des plus heureuses. Il m'est impossible de décider d'après ma propre expérience jusqu'à quel point son usage réitéré et continué pendant longtemps pourra déterminer ultérieurement de fâcheux résultats.

L'action de la *teinture de cantharides* et de la *teinture d'iode* est analogue à celle de la solution concentrée de sublimé corrosif, c'est-à-dire que leur application répétée détruit la couche superficielle cornée de l'épiderme. Elles ont aussi les mêmes inconvénients, puisque elles sont tout aussi pénibles pour le malade et d'ailleurs n'amènent pas une guérison durable.

Le bon effet que l'*emplâtre mercuriel* ordinaire a de provoquer la diminution des tumeurs et des éruptions, quel que soit leur volume, de nature syphilitique ou non, explique pourquoi on a eu recours à cette application dans le traitement de l'acné. Le docteur Isidor Neumann l'a essayé dans ces cas et l'a trouvé utile (2).

Rochard est en contestation avec Hardy pour la priorité dans l'emploi des préparations d'*iodure de mercure ;* et tout en affirmant qu'il l'a recommandé dès l'année 1847, il soutient toujours l'opinion qu'il avait alors exprimée qu'on obtient de très-heureux résultats par l'emploi de pommades contenant du protoiodure ou du deutoiodure de mercure, d'après la formule donnée p. 451. Je dois, toutefois, avouer avec peine que, suivant mon expérience personnelle, ces applications n'ont pas eu les effets salutaires promis par Rochard.

Enfin, il ne faut pas oublier d'indiquer que quelques auteurs modernes ainsi que de plus anciens écrivains ont conseillé la *saignée* générale et locale, dans le traitement de l'acné. Quant à la vénésec-

(1) Voici cette formule :

℞ Perchlorure hydrargyrique	30	gram.
Eau distillée	120	gram.
Albumine d'œufs	n° 24	
Suc de citron (c'est-à-dire malæ medicæ)	90	gram.
Sucre blanc	240	gram.

Signa : eau cosmétique orientale.

(2) Voyez « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte », Vienna, 1864.

tion, je ne puis l'admettre comme étant de la moindre utilité, et il n'y a sans doute pas aujourd'hui un seul médecin qui l'ordonnerait, ou un malade qui voulût s'y soumettre dans l'espoir de guérir une acné. Mais la déplétion locale pourra certainement être utile, notamment par la scarification de chaque nodule acnéique ou par les ventouses, lorsqu'ils existent en grand nombre sur le dos ou la poitrine. La valeur de la scarification ne tient cependant pas à ce qu'elle diminue la quantité totale du sang, mais bien plutôt à ce que les incisions vidant les nodules du sebum et du pus qu'ils contiennent, et ainsi diminuant la tension et par conséquent la pression sur la peau, donnent lieu à une absorption plus rapide de l'exsudation et à la disparition de l'hypérémie.

Après cette revue de la thérapeutique de l'acné, je terminerai ce chapitre par une description des modes de traitement que j'ai trouvés les plus efficaces, dans ma pratique personnelle.

En premier lieu, tout le monde, et surtout une personne affectée d'acné, devrait avoir soin de tenir sa peau parfaitement propre, et non-seulement (comme c'est l'habitude) de se laver les mains, mais aussi la figure, et quand cela est possible le dos et la poitrine, au moins une fois par jour, et avec du savon. C'est avant de se coucher qu'il est le plus facile de faire cette petite opération que l'on pratique de la manière suivante. On trempe un morceau de flanelle dans de l'eau tiède et l'on fait une friction avec du savon de glycérine liquide, ou du *spiritus saponatus alkalinus*, ou si on le préfère avec un savon solide quelconque, après l'avoir également trempé dans de l'eau. On frotte vivement la peau avec la flanelle ainsi imprégnée de savon, puisque la pression mécanique est d'une grande utilité pour enlever les bouchons de sébum qui obstruent les follicules. On enlève ensuite le savon en le lavant avec de l'eau ; et pour prévenir la tension de la peau qui pourrait en être la conséquence, on applique un peu de glycérine, de crème froide, ou tout autre onguent simple, ou enfin si ces substances ne sont pas bien supportées, une poudre terreuse quelconque telle que la pierre ponce, le talc de Venise ou la *pulvis aluminis plumosus* (asbestos).

Il est préférable de se laver la nuit, parce que la rougeur de la peau produite par le frottement de la flanelle exige un peu de temps pour disparaître, et que beaucoup de malades redoutent cette rougeur dans les premières heures de la journée. On a également conseillé comme plus agréable pour la sensibilité du malade l'application de préparations huileuses.

Dans des cas qui demandent quelque chose de plus que de simples lotions avec du savon, ce lavage devrait être suivi par l'application de la pâte sulfureuse suivante, à l'aide d'une brosse en poils de chameau :

℞ Lait de soufre (soufre précipité).........	āā 8 gram.
Bicarbonate de potasse.................	
Glycérine.............................	
Eau de laurier cerise.................	
Esprit-de-vin.........................	

Mêlez.

On doit laisser cette pâte toute la nuit sur la peau, et l'enlever par le lavage, le lendemain matin ; non avec du savon, mais à l'aide d'une lotion glutineuse, que l'on obtient en versant de l'eau chaude sur des amandes concassées, et que l'on emploie tiède. Après que l'on a appliqué successivement cette pâte pendant quelques jours, il en résulte une légère réaction sous la forme de *Pityriasis rubra* faible ; il faut alors en suspendre l'emploi jusqu'à ce que cet effet ait disparu, et en attendant on pourra avoir recours à la pommade de zinc de Wilson, comme je l'ai décrit ci-dessus (page 571).

Tandis que l'on poursuit ce traitement, il serait nécessaire de scarifier les nodules acnéiques à un moment favorable, avant que leur contenu devienne jaune et purulent. Aussitôt qu'un tubercule rouge apparaît, il faut l'inciser à une profondeur d'une ou deux lignes et le faire saigner.

L'emploi de bains ordinaires ou, lorsque la maladie a son siége à la face, de bains et de douches de vapeur, pourra rendre d'importants services comme auxiliaires des moyens précédents.

Une autre méthode de traitement est celle qui consiste dans l'emploi de savon préparé avec de la pierre ponce et du soufre ou de savon sulfureux ioduré. On prend un morceau de l'un de ces savons, on l'humecte et l'on pratique une friction sur la peau jusqu'à ce qu'il se forme de la mousse qu'on laisse toute la nuit et qu'on enlève le lendemain matin avec de l'eau de son.

Si l'on se sert de sublimé corrosif (de l'une ou de l'autre des solutions mentionnées ci-dessus), il faut l'appliquer une ou deux fois par jour avec une brosse de poils de chameau ou un morceau d'éponge, jusqu'à ce qu'il en résulte une éruption de vésicules ou une simple desquamation. Cet effet obtenu, il faudrait cesser tout traitement, ou l'on pourrait avoir recours à la pommade à l'oxyde de zinc de Wilson. On peut appliquer également l'emplâtre mercuriel pendant la nuit, en faisant, le matin, des lotions savonneuses, après l'avoir enlevé.

Mais quel que soit le traitement spécial que l'on adopte, il ne peut réussir que si, une fois qu'on l'a commencé, on le continue avec persévérance selon les règles que j'ai tracées ci-dessus et avec toutes les intermittences que l'état de la peau pourra de temps à autre réclamer.

CHAPITRE XXIII

SYCOSIS.

Acne mentagra. — Bartfinne.

Historique. — On trouve les expressions sycosis, ficosis, mentagra, lichen menti, dans bon nombre d'ouvrages d'auteurs de l'antiquité et du moyen âge. Mais de leurs descriptions il ressort évidemment qu'ils n'avaient pas en vue la même affection que l'on connaît aujourd'hui sous ces noms. Ainsi Celse, qui consacre le troisième chapitre de son sixième livre au sycosis, dit simplement que les Grecs désignaient cette dermatose sous le nom de σύκωσις à cause de sa ressemblance avec une figue. Il énonce expressément qu'elle survient principalement sur les parties recouvertes de poils et notamment dans la barbe (*maxime in barba*). Mais sa description détaillée du sycosis diffère complétement de l'affection telle qu'on la connaît aujourd'hui sous ce nom. Celse applique ce terme à des plaies dures et arrondies, ou à des ulcères humides et rugueux, sécrétant une matière nuisible en plus ou moins grande quantité.

Pline dit (lib. XXVI, cap. 1), que sous le règne de l'empereur Tibère, une affection que l'on appelait en latin *mentagra*, en grec lichen, fut introduite d'Asie en Italie. Mais des ouvrages de Pline et des satires de Martial, il résulterait que cette maladie sévissait principalement sur les classes élevées de la société, et qu'elle se propageait par l'habitude des baisers (Küsswuth, *basium*, *basiare*) (1).

Galien (2), après avoir décrit l'acné (« *De varis* »), continue à parler de tumeurs analogues à des figues (« *De ficosis tumoribus* »), et d'autres maladies cutanées qui attaquent le menton (« *De lichenosis in mento tumoribus* »), (*De menti tumoribus* »). Mais sa description de ces mala-

(1) Cf., « Mart. Epigr. », XI, 98. « Ad Bassum de importunis basiatoribus ».
(2) « De Comp. Med., sec. loc. », lib. V.

dies est tout à fait aphoristique; et si ce n'était qu'elles ont un siége spécial, la relation qu'il en donne serait tout aussi applicable aux autres affections cutanées indistinctement.

Il est très-probable que l'on confondait autrefois le sycosis avec certaines maladies syphilitiques, et notamment avec celles que l'on connaît aujourd'hui sous le nom de « *plaques muqueuses* », et qui ne diffèrent pas en réalité des tubercules du sycosis. Les auteurs latins des premiers temps et ceux d'une période plus récente parlent très-souvent de ficosis et de sycosis en rapport avec des hémorrhoïdes (1); et Aétius et d'autres écrivains mentionnent la maladie comme survenant *ad anum.*

Paul Égine décrit, en outre, sous le nom de sycosis, des affections des paupières, auxquelles on avait appliqué le terme de τράχωμα.

Aucun des auteurs de l'école arabe ne donne une description de la mentagre, qui mérite d'être citée. Les médecins du XVII[e] et du XVIII[e] siècles, — Mercurialis, Lorry, Sauvages, — dans leurs définitions et descriptions de la maladie, se bornent à suivre simplement les écrits des anciens.

Plenck dit de la mentagre, « *Est peculiaris scabies circa mentum quæ in crustis abit* ». Il distingue une *M. venerea*, une *M. leprosa,* une *M. infantum*, une *M. Plinii ;* mais aucune de ces variétés ne répond à notre sycosis.

Willan même n'a laissé aucune description directe de la maladie. Ce fut Thomas Bateman, son successeur et l'éditeur de son ouvrage, qui le premier fournit une description exacte du sycosis. Le dessin qu'il en donne (pl. 65) représente une maladie affectant le menton et la région maxillaire inférieure, et caractérisée par la formation de tubercules et de pustules. Il impose à cette lésion le nom de *sycosis menti*, le distinguant du *sycosis capillitii*, figuré dans la planche 66.

Dans la traduction allemande de l'ouvrage de Bateman par Calman (édité par Blasius, avec des notes additionnelles), on trouve, à la page 379, cette observation que « l'éruption attaque quelquefois les parties génitales externes ». De cette remarque, il résulte évidemment que Bateman était tout à fait familier avec la nature et le siége du sycosis.

Alibert le décrit sous le nom de « Dartre pustuleuse mentagre » (*Herpes pustulosus mentagra*), comme l'une des espèces de son genre « Dartre pustuleuse » (*Herpes pustulosus*). Mais bien qu'il donne, dans la planche 20, un dessin assez exact de la maladie, il est bien évident,

(1) « Cæduntur tumidæ medico ridente mariscæ », Martial.

d'après l'impression typographique correspondante, qu'il n'avait jamais observé avec soin ses particularités. Dans son dernier ouvrage, la « Monographie des dermatoses », traduite par Bloest, il le mentionne comme la sixième espèce de son genre *Varus*, nom sous lequel il groupe les affections des glandes sébacées.

Les auteurs anglais et français modernes se sont rattachés aux opinions exprimées par Bateman relativement au sycosis. Ils n'ont publié qu'un petit nombre d'observations ou de recherches originales sur cette affection.

Je puis cependant citer les passages suivants de l'ouvrage de Samuel Plumbe (1) : « Il (le sycosis) consiste en réalité en une quantité de petits abcès... Il faudrait avoir soin de percer dès le début chaque petit tubercule et d'arracher tous les poils de la partie affectée, qu'on pourra enlever sans trop de souffrance. Si l'on suit avec soin cette méthode, il sera possible de guérir les cas les plus rebelles et les plus graves sans avoir recours à des remèdes internes quelconques outre des apéritifs altérants ; et toute confiance fondée en quelques médicaments que ce soient, s'ils ne sont pas accompagnés d'épilation, sera inévitablement suivie de déception. »

Malheureusement, ni les compatriotes de Plumbe ni ses contemporains étrangers n'ont fait beaucoup d'attention à ses observations. Ils ont préféré plutôt s'attacher à des idées sur le diagnostic, l'étiologie et le traitement du sycosis, qui, bien qu'on les voie en général acceptées, sont néanmoins tout à fait inexactes.

Ainsi, dans les descriptions ordinaires du sycosis, — et en rapport avec ce sujet, je citerai simplement deux dermatologistes anglais bien connus, M. Hunt (2), et M. Erasmus Wilson (3), — on lit qu'on l'observe dans les deux sexes, qu'il n'est pas limité aux parties poilues de la face, mais qu'il attaque également les paupières, le cuir chevelu et les aisselles, et que les pustules, dans cette affection, présentent une forme spéciale, renferment une espèce particulière de pus, et se distinguent de celles de l'impétigo et de l'ecthyma. On attribue l'origine de la maladie à l'emploi de rasoirs émoussés, et à d'autres causes absurdes. Selon ces auteurs, le traitement dont on peut attendre les meilleurs résultats, consiste dans l'administration de remèdes internes (surtout de l'arsenic et du calomel), dans la saignée et l'application de sangsues, ainsi que dans l'usage des cataplasmes.

(1) « A Practical Treatise on Diseases of the Skin », seconde édition. London, 1827, pp. 65, 71.
(2) *Op. cit.*, p. 105.
(3) *Op. cit.*, p. 712.

En règle générale, on peut dire la même chose des auteurs français. Ces derniers ne firent aucune recherche approfondie de manière à acquérir la notion actuelle de la nature réelle du sycosis, et leurs opinions sur l'étiologie et le traitement de la maladie n'étaient nullement en progrès sur celles professées par Samuel Plumbe, qui ont été très-injustement dépréciées par la plupart d'entre eux. Ni Biett, ni ses élèves Cazenave et Schedel, ni même Rayer, Chausit, Duchesne-Duparc, Gibert, Rochard ou Devergie n'ont réalisé aucun progrès sérieux dans la théorie du sycosis. Presque tous ces auteurs nient que l'affection ait son siége dans les follicules pileux. Ils multiplient également des distinctions entre ses formes tuberculeuse et pustuleuse. En réalité, il est évident qu'ils n'ont pas eu une idée bien positive de la nature du sycosis. Ils dirigèrent principalement leur attention sur des changements insignifiants dans son nom, et sur la place qu'il devait occuper dans leurs classifications. Enfin, ils n'instituèrent aucune observation cliniques, microscopiques ou anatomiques, sur lesquelles il fût possible d'établir une méthode heureuse de traitement.

Dans l'année 1842, le docteur Gruby (1) publia ses observations sur les végétaux parasites, et dit qu'il avait trouvé dans le sycosis un fungus, auquel il donna le nom de « *Mentagrophyte* », tandis qu'il appelait la maladie « *Phytomentagra* ». Il décrit le fongus comme une plante cryptogamique particulière, poussant autour des bulbes des poils de la barbe, notamment de ceux de la lèvre, du menton, de la joue, et pénétrant dans l'espace compris entre la racine du poil et sa gaîne. Il dit que l'affection causée par ce parasite consistait dans la formation d'écailles épidermiques grises ou jaunâtres, un peu convexes au centre, légèrement déprimées, à bords irréguliers, et traversées de tous les côtés par les poils. Il spécifia que ces écailles « ne sont qu'à peine attachées à la peau sous-jacente, mais adhèrent intimement aux poils, de sorte que quand on enlève une écaille, on entraîne en même temps le poil ».

Il est toutefois évident, d'après la description donnée par Gruby, que l'affection qu'il a observée, et à laquelle se rapportent ses recherches, n'était pas le sycosis dont je parle actuellement, mais très-probablement une forme maculeuse de l'herpes tonsurans (*Trichophyton tonsurans*, Malmsten), affection qui peut survenir, comme tout le monde le sait, sur toutes les régions velues du corps, et n'est pas nécessairement bornée au cuir chevelu.

(1) « Gaz. Méd. », 1842, 37.

Bazin, lui, est d'avis que le sycosis est occasionné par un parasite végétal. Il parle (1) de la maladie sous le nom de *T. mentagre ou sycosique*, comme de l'une de ces cinq espèces de *Teignes*. Mais l'affection qu'il décrit, au lieu d'être identique avec celle de Gruby, est, au contraire, précisément celle que l'on désigne ordinairement sous le nom de sycosis, du moins, si l'on en peut juger d'après le dessin qu'il en donne. Il indique également à plusieurs reprises que dans cette maladie il se forme des pustules et des tubercules et que les follicules pileux sont enflammés. Plus loin (2), il répète à plusieurs reprises qu'il a extrait bon nombre de poils dans des cas de sycosis, et qu'il a reconnu la présence du fungus spécial. Il admet, en même temps, que tous les poils dans le sycosis ne sont pas attaqués par le parasite. Enfin, il (3) remarque que le fungus, dans la mentagre, altère les poils eux-mêmes; qu'il est impossible de le reconnaître à un changement d'aspect quelconque, mais que « il est compliqué d'inflammations pustuleuses, et même (à ses périodes plus avancées) de végétations fongoïdes autour de la base des poils ». Je dois avouer qu'il est au-dessus des forces de mon intelligence de concilier les différences existant dans ces descriptions.

Les opinions de Bazin ont trouvé d'énergiques appuis dans Anderson (4), de Glascow, dans Robin, Hardy, Deffis, parmi les dermatologistes français, et dans mon compatriote, Köbner (5). Il résulterait des ouvrages de ces auteurs qu'ils s'imaginent avoir découvert que l'herpès et une forme de sycosis (*sycosis parasitaire*, *knotige Trichomycosis* de Köbner) sont engendrés par le même parasite végétal.

Or, bien que je n'aie nul désir de paraître égoïste, je suis forcé d'appeler l'attention sur un article que j'ai publié sur l'Herpès tonsurans, en l'année 1854, dans le « Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte » (6). Dans cette communication je citais une observation de Plumbe, que « pour les décrire » (des taches sur différentes régions du corps, évidemment de la même nature que la maladie du cuir chevelu) « d'une manière plus exacte, il faudrait copier à peu près la description de la première forme d'herpès circinatus de Bateman ». Je montrais, aussi, à l'aide du microscope,—et je crois que j'ai été le pre-

(1) « Recherches sur la nature et le traitement des teignes ». Paris, 1853, p. 41.
(2) *Op. cit.*, p. 70.
(3) *Op. cit.*, p. 71.
(4) « On the parasitic Affections of the Skin », 1861. London, p. 58.
(5) « Klinische und experimentelle Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie ». Erlangen, 1864, p. 13.
(6) Jahrgang X, Band II, p. 473.

mier à le faire, — qu'il y a une forme maculeuse de l'herpès tonsurans, identique avec l'herpès circinatus. Il est clair, dans tous les cas, que j'ai devancé les recherches des auteurs nommés ci-dessus, du moins quant à ce qui concerne la relation entre l'herpès tonsurans et l'H. circinatus.

Dans l'article auquel je viens de faire allusion, je disais que j'avais à plusieurs reprises cherché une affection des parties velues de la face, dans le cas d'herpès tonsurans (Cazenave) que j'avais eu l'occasion d'observer. Mais ni avant l'époque où j'écrivis cet article, ni depuis lors, je n'ai jamais pu découvrir une pareille affection. Et, vraiment, si même un cas de cette nature se présentait à mon observation, je ne diagnostiquerais pas un « *Sycosis parasitaire* », j'appellerais simplement la maladie un herpès tonsurans, exactement comme je le fais lorsqu'elle attaque le cuir chevelu, l'aisselle, le pubis ou toute autre région du corps. La seule affection à laquelle je crois que le nom de « *Sycosis parasitaire* » serait applicable, est celle que Köbner a désignée sous le nom de folliculitis barbæ, — dans laquelle il existerait, sur des parties velues de la face, des tubercules et des pustules traversées par des poils, et dans laquelle on trouverait un fungus microscopique autour des poils eux-mêmes, ou dans les lamelles épidermiques qui les entourent.

Je n'ai pas non plus été assez heureux pour rencontrer le Trichomycosis tuberculeux de Köbner, bien que je l'aie cherché avec le plus grand soin, non-seulement à Vienne, mais aussi dans les hôpitaux de Paris et de Londres (1).

Considérant donc à quel point il est facile de commettre des erreurs dans les recherches microscopiques, et combien nombre d'ouvrages sur les maladies cutanées renferment d'assertions erronées en matière de fait, je ne serai assurément pas suspecté de vouloir offenser mes collègues si je continue à exprimer un doute quant à l'existence d'un *Sycosis parasitica*, jusqu'à ce que j'aie moi-même vu un exemple de l'affection à une période quelconque de son évolution. Je suis fortifié dans cette manière de voir en constatant que mes opinions personnelles s'accordent avec celles de Bärensprung, G. Simon,

(1) C'est un mystère impénétrable pour moi de comprendre comment il est possible que le docteur Köbner ait observé *deux cent trente* cas de *Sycosis parasitica*. Du moins j'envie son bonheur de vivre dans un pays si riche en fungi. Quant à la quantité de ces cas que j'ai eus à ma disposition, je puis dire que, bien que, tous les ans, je voie entrer trois et quatre mille malades affectés de dermatoses dans l'Hôpital général de Vienne, je rencontre parmi eux tout au plus douze cas de sycosis par an. Aussi, pendant toute la période de plus de vingt ans, durant laquelle j'ai rempli ces fonctions, je n'ai pas été à même d'étudier plus de 240 cas de cette maladie.

Wedl, et d'autres auteurs (1). Cependant Köbner a étudié la maladie avec le plus grand soin, et par conséquent je ne dois pas passer ses

(1) Il nous semble nécessaire de préciser ici en quelques mots quelle est la véritable nature du sycosis, telle du moins qu'il est permis de la déterminer d'après les travaux les plus récents et les plus autorisés de l'école dermatologique française.

L'affection cutanée connue sous le nom de *sycosis* peut se présenter sous deux formes: la première est le sycosis non parasitaire, caractérisé par l'inflammation simple du follicule pileux (sycosis arthritique de Bazin) ; la seconde est le sycosis parasitaire, dû à la présence d'un champignon, le trichophyton. M. le professeur Hardy a proposé d'appeler adénotrychie la forme non parasitaire du sycosis, et de réserver cette dernière dénomination pour la forme parasitaire de la maladie.

Le sycosis simple, non parasitaire, est une affection des follicules pileux. Elle est caractérisée par la présence de pustules entourant la base des poils. Ces pustules peuvent être précédées ou suivies d'une induration plus ou moins prononcée des téguments, laquelle parfois même peut envahir le tissu cellulaire sous-cutané. Cette maladie se rencontre dans toutes les régions recouvertes de poils, notamment à la lèvre supérieure, à la lèvre inférieure, au menton et aux joues. Le nombre des pustules, leur agglomération, les prolongements indurés que l'inflammation projette, si je puis m'exprimer ainsi, dans le tissu conjonctif sous-jacent, donnent souvent lieu à des masses tubéreuses d'un volume assez considérable. La surface cutanée présente alors une coloration rouge plus ou moins foncée, et un aspect en général mamelonné.

Les éléments papulo-pustuleux qui constituent le sycosis sont tassés les uns contre les autres et occupent des surfaces bien circonscrites. « Chaque élément éruptif, comme » l'a si parfaitement décrit M. Bazin (*Affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, 2e édit., p. 228), est composé de deux parties : l'une superficielle, pustuleuse, » jaunâtre et acuminée; l'autre profonde, rouge et papulo-tuberculeuse..... Les pustules qui surmontent ces éminences tuberculeuses se convertissent rapidement en » croûtes jaunes ou brunâtres, sèches et fragmentées. Cependant, si le malade a employé des topiques irritants, la sécrétion purulente devient plus abondante, donne » lieu à une croûte épaisse et unique qui repose sur une plaque indurée. L'affection, » dans ce cas, ressemble à un impétigo; mais, si l'on vient à détacher la croûte, on » aperçoit la base tuberculeuse des pustules du sycosis qu'il est facile de reconnaître. » Pendant quelque temps, les poils conservent leur adhérence et leur aspect normal. » Bientôt, l'inflammation s'empare de la papille pilifère, et l'on observe alors une altération dans la structure de l'élément pileux qui devient jaunâtre, s'atrophie et s'arrache avec la plus grande facilité. »

Nous n'avons rien à ajouter à cette description, qui est la peinture aussi exacte que possible des phénomènes pathologiques de la mentagre non parasitaire. Le seul point sur lequel nous tenons à insister encore, c'est l'état du poil, état qui constitue la différence essentielle entre cette forme simple et la forme parasitaire. En effet, dans le sycosis non parasitaire, le poil, si l'affection existe depuis longtemps, peut être décoloré, atrophié, grêle, plus ou moins facile à extraire, mais jamais il ne sera tortillé, brisé, ne présentera pas les altérations cryptogamiques. La différence, en un mot, réside surtout dans l'aspect du poil. Quelquefois on a pu confondre la forme non parasitaire du sycosis avec l'eczéma et l'impétigo des mêmes régions; mais, après l'enlèvement des croûtes, le diagnostic est facile à établir, car, dans ce dernier cas, ce sont des lésions de surface qu'on trouve et non de profondeur, comme dans le sycosis.

La chute des poils n'est le plus souvent que temporaire, à moins que l'inflammation n'entraîne l'oblitération du follicule. D'autres fois, cependant, cette oblitération n'a pas lieu; seulement la papille pileuse, plus ou moins altérée dans sa structure, ne donne plus naissance qu'à des éléments atrophiés, comme l'est le bulbe pileux lui-même, et l'on voit apparaître, sur les parties antérieurement atteintes d'inflammation sycosique, ces poils grêles, blancs ou rougeâtres, lanugineux, qui sont le témoignage des altérations subies par le follicule et par les organes qu'il renferme.

La deuxième forme de sycosis que nous admettons est le sycosis parasitaire. C'est à M. Bazin que revient l'honneur d'avoir le premier parfaitement décrit cette affection cutanée et d'avoir démontré l'identité du sycosis avec les autres espèces d'herpès; d'avoir, en un mot, établi que l'herpès circiné et le sycosis parasitaire constituaient

recherches sous silence ; j'exposerai donc quelles furent ses conclusions.

Suivant cet auteur, le sycosis se présente sous deux formes. L'une

une seule et même maladie produite par la présence d'un seul et même champignon, le trichophyton.

Le sycosis parasitaire ne serait donc que le troisième degré de la teigne tonsurante dont les deux premiers seraient représentés par le pityriasis alba et l'herpès circiné. Cependant M. Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a démontré, et nous nous rangeons entièrement à l'opinion de notre savant confrère, que certains malades restent toujours à la période herpétique ou pityriasique, quelle que soit la durée de l'affection, même lorsqu'elle a son siége à la face. Chez d'autres, au contraire, la lésion passe très-rapidement à la période tuberculeuse ou sycosique, et cela sans qu'on connaisse les conditions qui président à ces différences, pourtant si essentielles, dans l'évolution d'une même maladie.

Le sycosis parasitaire peut débuter, soit par des éruptions érythémateuses de différentes formes, soit par des vésicules, des pustules et même des papules, etc. On peut trouver, comme phénomène initial de l'affection cryptogamique, toutes les variétés de lésions cutanées. Dans ces cas, comme l'a très-judicieusement fait observer M. Bazin, le parasite joue le rôle d'un corps étranger qui donne lieu à des inflammations éruptives diverses. Mais le plus souvent on a affaire à des disques érythémateux dont le nombre et la dimension sont très-variables. Cet érythème s'accompagne presque toujours d'une démangeaison assez vive, donnant lieu à des picotements, à un sentiment de brûlure.

Mais quelle que soit la forme cutanée symptomatique produite par la présence du parasite végétal, le poil s'altère bientôt, devient sec, cassant, se recouvre d'une petite masse blanchâtre qui n'est autre chose que de la matière cryptogamique. Dans certains cas, le parasite enveloppe tout le poil et lui forme une espèce de gaîne amiantacée plus ou moins complète.

Mais à ces altérations qui marquent la période de début du sycosis succèdent bientôt de nouveaux phénomènes, symptomatiques de la présence du champignon. C'est à ce moment, du reste, que se développe en réalité l'affection connue sous le nom de *Sycosis*, et qui est constituée, comme l'a démontré M. Bazin, par la troisième période de la teigne tonsurante. Le parasite trychophytique qui a pénétré dans l'intérieur du follicule donne lieu aux symptômes que je dois actuellement décrire : les aréoles qui entourent les follicules s'enflamment, se tuméfient, et l'on voit survenir sur les parties malades, tantôt de véritables tubercules cutanés, rouges, arrondis, plus ou moins volumineux, dont la présence détermine un aspect inégal, mamelonné, caractéristique; tantôt des pustules recouvertes de croûtes jaunâtres et qui ont alors une apparence impétigineuse assez marquée. Parfois ces croûtes se détachent et laissent à découvert des ulcérations végétantes, fongoïdes, sécrétant un liquide ichoreux agglutinant les poils, et il en résulte un aspect réellement dégoûtant. Si à cette période on recherche le champignon, il n'est point rare de ne pas le rencontrer ; aussi quelques médecins ont-ils mis en doute la nature parasitaire de cette variété de sycosis. Que s'est-il donc passé dans ces cas, c'est-à-dire au sein du follicule pileux?.... M. Bazin l'a, croyons-nous, démontré d'une manière péremptoire. « Une sécrétion purulente assez abondante » a lieu, dit le savant auteur des *Maladies cutanées parasitaires*, dans le follicule dont » les parois sont enflammées dans toute leur étendue.

» Le pus sécrété joue, à l'égard du champignon qu'il baigne, le rôle d'un agent » parasiticide. Le cryptogame est donc détruit, au moins en très-grande partie ; et il » est, sinon impossible, au moins très-difficile de trouver des spores sur les poils..... » Ce n'est pas ce poil qu'il faut prendre, si l'on veut découvrir au microscope les élé- » ments caractéristiques du végétal parasite, mais un autre des environs qui ne sera » point encore entouré par une pustule, et qui n'offrira que les altérations rattachées » par nous à la deuxième période de la maladie. » C'est ce fait important, capital : *Destruction plus ou moins complète du parasite par le pus*, si bien mis en lumière par le médecin que je viens de citer, qui permet de comprendre certaines guérisons spontanées de sycosis.

Mais la pustulation des follicules étant un fait constant dans le sycosis, la guérison

d'elles, l'affection que l'on connaît sous ce nom depuis l'époque de Willan, est décrite par Köbner sous la désignation de *Folliculitis barbæ*. On n'y rencontre nécessairement aucun parasite, bien que, au

spontanée de cette maladie devrait, à ce compte, être la règle ! En est-il ainsi?... N'est-ce pas toujours le contraire ?

Mais les lésions cutanées que nous avons décrites ne sont pas les seules que l'on observe dans cette affection ; l'inflammation envahit souvent le tissu conjonctif sous-cutané, et l'on voit alors survenir des abcès et un engorgement des ganglions sous-maxillaires qui se termine quelquefois par suppuration. Les poils, alors profondément altérés, perdent de leur adhérence ; ils se détachent des parois du follicule, d'où il devient facile de les arracher et d'où souvent même ils tombent spontanément. « A ce » moment, ajoute M. Bazin, deux choses peuvent arriver : ou bien les parois du con- » duit pilifère, enflammées, se rapprochent et se réunissent, et le follicule est oblitéré ; » toute reproduction du poil est impossible ; il y a donc guérison spontanée, mais en » même temps calvitie définitive ; — ou bien (c'est le cas le plus fréquent) la papille » pileuse sécrète encore, malgré une altération profonde dans sa structure, les éléments » nécessaires à la formation du poil ; mais, par suite de cette altération, le poil nouvel- » lement formé ne peut avoir ses caractères normaux, il est rouge et jaunâtre, très- » grêle, il n'a pas de capsule, et l'examen microscopique nous montre que ses éléments » sont totalement confondus. Cependant ce poil vit encore, et par sa présence il con- » tribue puissamment à entretenir l'inflammation suppurative dans le follicule où il » naît.

» Alors tout espoir de guérison spontanée doit être abandonné ; le poil malade est » un séquestre dont il faut débarrasser le follicule. L'épilation est nécessaire, indispen- » sable, n'y eût-il plus de champignon, et c'est dans ces circonstances qu'elle fait mer- » veille. Aussi ai-je pu dire en toute vérité que les vieilles mentagres étaient plus faciles » à guérir que les récentes, et que, le plus souvent, une seule épilation suffisait pour » débarrasser complétement les malades. » (Bazin, *Maladies cutanées parasitaires*, p. 164 et suiv.)

L'intervalle qui sépare les diverses phases du sycosis pourra être très-variable, le traitement suivi exerce à cet égard la plus grande influence : cela ressort d'une manière évidente de la nature intime de la maladie. Mais d'autres causes que nous ignorons encore jouent un rôle non moins important et que des recherches ultérieures pourront sans doute nous faire découvrir un jour. Ainsi certains malades, comme l'a très-bien noté M. Lailler, restent très-longtemps à la période pityriasique. D'autre part, *cæteris paribus*, il est bien évident que la durée de la maladie sera surtout en rapport avec le genre de traitement employé. L'épilation devra jouer ici le principal rôle, mais elle n'est pas toujours aussi simple et aussi facile qu'on pourrait le supposer. J'ai observé justement, dans le service de M. Lailler, un malade chez lequel l'épilation était presque impossible, tant elle provoquait de souffrances intolérables. On avait essayé, mais sans succès, tous les anesthésiques locaux : éther pulvérisé, mélanges réfrigérants, applications émollientes et calmantes, etc. Aussi, dans ces circonstances, le sycosis peut-il persister pendant très-longtemps. Si, d'un autre côté, on se borne aux lotions parasiticides, la mentagre peut durer un temps indéfini, disparaître momentanément pour récidiver ensuite de nouveau. Aussi est-il impossible de déterminer d'une manière précise la durée du sycosis.

Je ne m'étendrai pas davantage sur cette question ; les quelques lignes qui précèdent auront, je l'espère, suffi à montrer les divergences qui séparent les dermatologistes actuels de l'hôpital Saint-Louis d'avec le professeur Hebra, qui repousse, comme on le voit, l'existence d'un parasite dans le sycosis, tandis que, selon nous, l'unique cause du sycosis parasitaire est le cryptogame connu sous le nom de *trichophyton*, affection que M. le professeur Hardy, qui partage sur ce point les idées de M. Bazin, désigne sous le nom de trichophytie *sycosique*.

On trouve quelquefois dans le sycosis des spores inégales, petites, semblables à des granulations irrégulières, que le docteur Gruby a décrites sous le nom de *microsporon mentagrophytes*. M. Bazin a démontré que ce nouveau cryptogame du micrographe allemand n'est pas autre chose qu'un trichophyton d'un âge avancé. (A. D.)

début, on puisse y trouver un fongus. Dans l'autre forme, l'affection présente en commençant les caractères d'un *Herpes tonsurans*. Ultérieurement, outre les taches ou anneaux rouges primitifs, il survient çà et là des pustules ou des tubercules rouges disséminés. Les poils qui les traversent paraissent même, à l'œil nu, plus ternes et plus décolorés qu'à l'état normal, leur aspect a beaucoup d'analogie avec celui que l'on remarque dans le favus. Lorsqu'on les examine à un grossissement de 300 à 500 diamètres, on distingue parfaitement les apparences ordinaires caractéristiques de la présence d'un fongus.

Un autre ouvrage sur le sycocis, auquel je dois renvoyer ici, est celui du docteur Gustave Wertheim (1), médecin en chef et agrégé à Vienne. Cet observateur a émis l'hypothèse que la maladie en question est due à une disproportion entre le volume du poil et le calibre de son follicule. Cette opinion est basée sur les résultats de mensurations de sections des follicules. Si le sycosis est limité aux parties recouvertes de poils de la face, il l'attribue à ce que les poils de cette région ont un beaucoup plus grand diamètre que ceux du cuir chevelu.

Définition. — Je définis le sycosis de la manière suivante : Une affection à marche chronique, non contagieuse, attaquant les parties velues de la peau, et caractérisée par le développement de papules et de tubercules, des infiltrations continues (zusammenhängenden infiltraten) et de pustules de diverses grosseurs, qui sont toujours traversées par des poils.

La maladie commence en général dans la barbe. Il survient d'abord quelques papules ou tubercules semi-globulaires, comme ceux d'une acné ordinaire, ayant un peu de pus à leur sommet, et traversés par des poils. Ils se développent successivement, à des intervalles plus ou moins longs, jusqu'à ce qu'il y en ait un nombre considérable. Parfois ils restent isolés, d'autres fois une éruption suit l'autre, de sorte qu'ils constituent des masses agglomérées et forment des plaques infiltrées (infiltraten), toujours strictement limitées aux parties velues, sur lesquelles poussent des poils longs et épais (2).

Lorsque la maladie a atteint cette période, il n'y a plus aucune apparence de papules ni de tubercules. Au-dessous de l'épiderme recouvrant les plaques, du pus continue à se former, de sorte qu'il survient continuellement de nouvelles pustules dont chacune est traversée par

(1) « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte », 1861.

(2) Il n'est cependant pas très-rare de voir le sycosis s'étendre vers les favoris et jusqu'aux pommettes qui ne sont, comme on le sait, recouvertes que d'un poil follet. (A. D.)

un poil. Le pus peut s'écouler, notamment lorsque les pustules sont déchirées par les ongles ou de toute autre manière ; ou bien il se dessèche en croûtes minces, jaunes ou brunes, croûtes qui, comme les tubercules et les pustules, sont traversées par des poils.

Les caractères du sycosis varient donc jusqu'à un certain point, suivant que l'éruption consiste plutôt en tubercules solides ou en pustules, et suivant aussi que ces tubercules ou pustules restent isolés, ou sont agglomérés et confluents.

Les phénomènes observés dans cette maladie sont également modifiés par la nature de la barbe du malade, selon qu'elle est forte ou douce, et selon qu'il a ou non l'habitude de se raser. Si l'on rase avec soin une partie atteinte de sycosis, ou si l'on coupe les poils aussi court que possible, on a nécessairement l'occasion d'observer d'une manière exacte les caractères de la maladie à ses divers degrés, et dans toutes les variétés qu'elle subit. Mais lorsque la région affectée est cachée par une barbe longue et épaisse, ce n'est qu'en séparant les poils que l'on peut examiner convenablement la surface malade, ou même parvenir seulement à voir si elle est recouverte de croûtes, ou présente d'autres modifications.

Dans certains cas, la marche du sycosis s'accompagne de phénomènes différents de ceux que j'ai décrits ci-dessus. Quelquefois il se forme là des tubercules aplatis (knollige Hervorragungen), semblables aux plaques muqueuses de la syphilis ; ou il survient de petites tumeurs, que l'on pourrait prendre pour des furoncles, si ce n'était qu'autour d'elles on trouve toujours de plus petits tubercules, papules ou pustules, traversés par des poils. Dans d'autres circonstances, on voit apparaître, soit en tant que produits formés de toutes pièces dans les couches intérieures du derme, soit par le développement d'élevures analogues à ces tumeurs auxquelles je viens de renvoyer, ou par la réunion de nombreuses pustules situées elles-mêmes profondément, on voit, dis-je, apparaître une quantité d'abcès dont le contenu s'échappe par plusieurs petites ouvertures, et qui ressemblent ainsi à un furoncle. Dans une troisième série de cas, il se produit des excroissances fongueuses, qui constituent une espèce de *Caro luxurians.* Celles-ci, comme les premiers tubercules ou pustules, sont toujours traversées par des poils ; et si l'on exerce une légère pression sur les côtés, on aperçoit quelques gouttelettes de pus près des poils.

Mais, quelque variés que soient ces phénomènes, ils sont toujours accompagnés par certains autres, qui sont caractéristiques du sycosis. Il est donc possible de porter un diagnostic presque sans hésitation,

si l'on a soin de bien chercher tous les symptômes appartenant en propre à la maladie.

Si l'on abandonne un sycosis à lui-même, si on lui laisse parcourir sans intervention de l'art, les différentes phases de son évolution, les papules, les tubercules et les plus grosses élevures suppurent successivement, de sorte qu'il se développe des pustules plus ou moins volumineuses qui peuvent même devenir des abcès. Quand le pus qu'elles contiennent s'est écoulé, on trouve que les poils qui restent occupent de petites excavations ou dépressions correspondant aux canaux des follicules pileux, qui ont perdu leur revêtement épidermique. Les connexions des poils eux-mêmes sont ainsi relâchées, et consécutivement ils tombent. Ce processus est suivi de la cure spontanée de la maladie en ce point, et accompagné d'une cicatrice permanente, quelquefois unie, d'autres fois élevée, mais sur laquelle les poils ne repoussent plus.

Ainsi donc, après l'évolution spontanée du sycosis, la partie affectée est ou complétement glabre ou recouverte seulement d'un petit nombre de poils. La maladie, toutefois, ne présente aucune tendance à détruire d'autres tissus, ni à s'étendre des régions poilues de la face à celles qui sont unies (glabres).

Mais avant que la maladie ne disparaisse ainsi d'une manière spontanée, il s'écoule toujours une très-longue période, comprenant plusieurs mois, ou même s'étendant jusqu'à vingt ou trente ans.

Les régions qui sont le plus souvent atteintes de sycosis sont les parties de la figure sur lesquelles poussent la barbe, les favoris et les moustaches. Les sourcils aussi sont ordinairement affectés, ainsi que les bords libres supérieurs et inférieurs des paupières, d'où émergent les cils. Après celles-ci viennent les régions pubiennes et le *mons Veneris;* et, en dernier lieu, les parties des aisselles qui sont couvertes de poils, et le cuir chevelu. Sur la tête, cependant, le sycosis ne survient que comme une suite de l'eczéma ; tandis que, dans toutes les autres régions, il existe à titre d'affection indépendante, sans avoir été précédé d'aucune éruption eczémateuse (1).

Juste dans la cavité des fosses nasales, dans les points où il y a des

(1) Le sycosis s'observe, en effet, surtout à la barbe ; pour mon compte, je ne l'ai presque jamais rencontré que là ; mais, comme il est constitué par l'inflammation des follicules pileux, on peut évidemment le rencontrer sur toutes les autres régions velues : le pubis, les aisselles, la nuque, etc.

Mais en m'en référant au paragraphe ci-dessus du professeur Hebra, sa description ne se rapporte-t-elle pas ici bien plus à l'impétigo qu'au véritable sycosis tel que nous avons essayé de l'esquisser ci-dessus ? (A. D.)

vibrissæ, il survient fréquemment une affection présentant tous les caractères ordinaires du sycosis.

Puisque, règle générale, les hommes seuls ont de la barbe, on n'observe jamais cette maladie ni chez les jeunes gens, ni, d'autre part, chez les femmes.

Diagnostic.—Au nombre des signes diagnostiques du sycosis, il faut indiquer par-dessus tout son siége, sa limitation aux malades du sexe masculin chez lesquels la barbe s'est développée, et ses papules, tubercules et pustules caractéristiques, *avec des poils les traversant.* Un autre trait important de la maladie est l'absence d'ulcérations, de sécrétion de la surface (nässen, madidare) et de démangeaison (1), car ceci permet d'établir aisément la distinction entre le sycosis et l'acné ordinaire, l'eczéma ou une syphilide quelconque, affections avec lesquelles on pourrait facilement le confondre. Il faudra toujours prendre en sérieuse considération les caractères mentionnés ci-dessus ; et quand une partie quelconque recouverte de poils présente des pustules ou des croûtes, il sera toujours nécessaire de ramollir et d'enlever préalablement celles-ci, car il est impossible de porter un diagnostic avant d'avoir reconnu quel est l'état actuel de la peau. En effet, dans un cas de cette espèce, l'existence de plaques rouges, humides, dépouillées de leur épiderme, semble indiquer que l'affection est un eczéma. D'un autre côté, s'il existe une destruction plus ou moins profonde du derme, si des croûtes adhèrent aux surfaces malades, si les ulcères ont des bords tranchants, et si leur forme est celle d'un rein, ou demi-circulaire, ou présente des segments de cercle, dans de telles circonstances on a affaire à une ulcération syphilitique.

Mais si l'on voit des papules, des pustules ou des tubercules isolés, tous traversés par des poils, ou si l'on observe ces petites dépressions avec des poils se projetant de leurs centres, que j'ai décrites ci-dessus

(1) Contrairement à l'énoncé du professeur Hebra, nous croyons que le prurit, et un prurit constant, marque toujours le début du sycosis. C'est là un signe important sur lequel M. Bazin a vivement et avec beaucoup de raison insisté. Dans la première période de la forme parasitaire les démangeaisons sont quelquefois si violentes, qu'elles constituent un véritable supplice pour les sujets chez lesquels se développe le trichophyton. Lorsque l'affection occupe la face, les malades se grattent souvent avec le dos de la main ; aussi, comme le fait remarquer l'auteur que nous venons de citer, « rien » n'est plus aisé que de comprendre pourquoi les malades affectés de teigne tonsurante » à la face portent si souvent sur le dos des mains, à la face externe des avant-bras, » près des poignets, des cercles herpétiques, des disques lichénoïdes ou érythémateux : » quelques spores cryptogamiques auront été déposées sur ces parties, après un contact » immédiat, et s'y seront développées. » (Bazin, *Maladies cutanées parasitaires*, p. 152.) C'est là, on le comprendra sans peine, un fait de la plus haute importance pour le diagnostic, qui a été parfaitement signalé par M. Bazin, et que nous avons cru devoir rappeler ici. (A. D.)

comme consécutives à la disparition spontanée des pustules, et si ces caractères sont limités à la région de la barbe ou aux parties recouvertes de poils de même nature, on peut avec certitude porter le diagnostic d'un sycosis : et, en effet, il n'est guère possible de le confondre avec une autre affection.

Pronostic. — Il suffira de dire à cet égard que les seules circonstances dans lesquelles on pourrait redouter une terminaison défavorable seraient si, après une suppuration de longue durée, il survenait une inflammation de la peau dans le voisinage des parties affectées, et si elle prenait le caractère de l'érysipèle. Dans toute autre condition, quelque chronique que soit le cas, il ne peut en résulter aucune conséquence fâcheuse, en dehors de la répétition continuelle du processus morbide qui constitue la maladie.

Étiologie. — Suivant que l'on a affirmé ou nié la nature contagieuse du sycosis, les causes auxquelles on l'a attribué ont varié. Quelques-uns, y compris Pline et Foville de Rouen, ont pensé qu'il se propageait par l'intermédiaire d'un principe contagieux spécial; d'autres, de Gruby à Köbner, l'ont rapporté au développement des parasites végétaux dans les poils. En outre, on a supposé qu'il provenait de la présence d'un principe morbifique dans le sang, comme on l'admettait du reste pour toutes les formes d'acné et même pour la plupart des autres affections chroniques de la peau. D'autres ont prétendu qu'il était le résultat d'une irritation locale; et la plupart des auteurs affirment qu'on le voit survenir spécialement chez les cuisiniers, les fondeurs, les raffineurs de sucre, les chauffeurs et autres individus qui sont exposés à l'action longtemps continuée de la chaleur. Erasmus Wilson l'attribue à l'exposition à l'air de la nuit; et on l'a aussi rapporté à la malpropreté, à la misère et à l'usage de rasoirs émoussés. Au nombre des conditions internes que l'on considère comme pouvant le produire sont les écarts de régime, l'abus des liqueurs alcooliques, ou l'usage de mets fortement assaisonnés.

Ainsi que je l'ai déjà plus d'une fois laissé entendre, il m'est impossible, soit d'après mon expérience personnelle, soit d'après celle de mes collègues, de rien dire quant à l'existence d'une forme *contagieuse* de sycosis, et notamment de savoir si le fongus qui produit l'herpès tonsurant est ou n'est pas également apte à donner naissance à l'affection dont je m'occupe actuellement. Je ne parle point ainsi dans le but d'émettre un doute sur les observations d'autres auteurs; et par conséquent je dois laisser cette question non résolue, pour

être tranchée plus tard, s'il se présente des occasions plus favorables (1).

Mais, quant à l'action des irritants cutanés, il m'est impossible d'admettre qu'ils donnent jamais lieu directement à un sycosis. Je n'ai jamais vu une telle affection se produire immédiatement après l'application d'un irritant à la peau. J'accorde qu'un eczéma de longue durée, lorsqu'il affecte les parties recouvertes de poils, puisse présenter tous les caractères du sycosis. Mais ceci est vrai, quelle que soit la cause de l'eczéma, qu'il ait son point de départ dans quelque affection interne, dans quelque condition générale de l'organisme, ou simplement qu'il provienne de quelque influence externe et locale; et dans ce dernier cas, l'irritant interne est seulement la cause indirecte du sycosis. Ainsi c'est, pour ainsi dire, seulement par le *medium* d'un eczéma, que nous pourrions expliquer la génération du sycosis comme conséquence d'une exposition à la chaleur ou au froid, ou de l'action d'un rasoir émoussé. Mais je dois avouer que, bien que j'aie eu l'occasion d'observer un nombre considérable d'eczéma et de sycosis, le hasard ne m'a nullement favorisé dans cette circonstance. Parmi tous mes malades atteints

(1) Je n'ai pas à revenir ici sur ce que j'ai dit dans une précédente note où j'ai démontré qu'il existe deux variétés de sycosis, l'une non parasitaire et l'autre parasitaire. Selon M. Bazin, il existe deux espèces de sycosis : le sycosis de cause externe et le sycosis de cause interne. Le sycosis de cause externe se subdivise en sycosis artificiel (c'est-à-dire résultant de l'action de certaines substances irritantes à la peau, telles que des frictions avec l'huile de cade, etc., l'action d'un rasoir ébréché, etc.), et en sycosis dû à la présence de parasites, c'est le sycosis parasitaire. Le sycosis de cause interne peut être la manifestation cutanée de trois maladies constitutionnelles : l'arthritis, la scrofule et la syphilis. M. Bazin attache, du reste, peu d'importance aux sycosis scrofuleux et syphilitique qui sont, dit-il, des affections complexes n'existant jamais seules, et il se borne à décrire le sycosis arthritique à côté du sycosis parasitaire.

Quant à ce dernier (sycosis parasitaire), contrairement à l'énoncé du professeur Hebra, la question, loin d'être encore indécise, est parfaitement et définitivement tranchée depuis les premiers travaux de M. Bazin, qui datent de 1854. L'étiologie parasitaire du sycosis est donc aujourd'hui hors de doute, et, le microscope à la main, il sera toujours facile de vérifier les assertions émises par MM. Bazin, Hardy, Köbner, etc. Nous renvoyons, pour tout ce qui a trait à cette question, à notre note précédente et aux ouvrages de M. Bazin, notamment à celui sur la mentagre et les teignes, et au *Traité des maladies cutanées parasitaires*, et à ceux de M. le professeur Hardy.

Nous ne dirons qu'un mot du sycosis arthritique admis par le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis : c'est qu'il est bien difficile de reconnaître l'arthritisme comme cause efficiente du sycosis non parasitaire. Chez les malades que nous avons été à même d'observer et chez lesquels on ne retrouvait pas une cause artificielle directe d'irritation, on ne constatait point l'existence d'une maladie constitutionnelle quelconque. Ce n'est pas à dire qu'une inflammation des follicules pileux ne puisse survenir chez un rhumatisant, un goutteux, un scrofuleux, etc., et que dans de telles circonstances l'affection locale ne revête certains caractères particuliers, ou ne se complique de symptômes spéciaux : nous ne saurions le contester. Tout ce que nous voulons dire, c'est que le sycosis s'observe aussi chez des individus indemnes de toute maladie constitutionnelle, et que dans l'état actuel de la science, sa pathogénie, dans ces cas, est encore complétement inconnue. (A. D.)

de sycosis, aucun ne l'a attribué à la chaleur, au froid, ou au rasoir, ou à une irritation quelconque; et, d'après mon expérience personnelle, je serais même disposé à soutenir qu'une cause beaucoup plus fréquente du sycosis est précisément l'habitude de *laisser pousser la barbe*. Ainsi, j'ai observé cette affection beaucoup moins souvent chez les individus et chez les peuples qui font un usage journalier du rasoir (1), que soit chez les Juifs Polonais orthodoxes qui, pour des motifs religieux, ne se rasent pas, et qui s'épilent la barbe (s'ils le font réellement) à l'aide d'une pâte d'orpiment et de chaux vive, soit chez les Hongrois de la classe élevée, qui dès leur jeunesse s'abstiennent de se raser afin de conserver à leur barbe la mollesse du premier duvet. Un argument décisif en faveur de cette opinion est aussi fourni par ce fait, dont je parlerai plus loin, qu'il est prouvé que l'emploi du rasoir pratiqué avec soin constitue un remède efficace pour le sycosis.

Quant aux assertions propres à établir que le sycosis est occasionné par des dyscrasies ou des affections internes, elles n'ont aucun fondement. Ni la syphilis, ni la scrofule, ni toute autre altération de l'économie ne peuvent être considérées comme étant la cause de cette maladie. A l'appui de cette opinion que le sycosis est dû au dépôt d'une matière *scrofuleuse* (Schärfe), quelques personnes rappelleront peut-être qu'il est fréquemment accompagné d'une blépharadénite, affection que l'on a toujours regardée comme une expression de l'état scrofuleux. Le fait en lui-même est en dehors de toute contestation; mais une explication beaucoup plus rationnelle me paraît être que l'inflammation des follicules pileux et des glandes sébacées qui constitue le sycosis n'est pas nécessairement circonscrite à la barbe, mais peut attaquer et attaque d'autres régions (telles que les bords des paupières) où se trouvent des tissus analogues. Cette explication permet de comprendre l'association de la maladie avec une blépharadénite, sans que l'on regarde nécessairement cette dernière affection comme un signe de scrofule.

Que le sycosis n'ait rien de commun avec la *syphilis*, cela est suffi-

(1) L'habitude de se faire la barbe implique, en effet, des soins de propreté journaliers, qui sont une condition favorable pour éviter le développement de la maladie. Mais quant à l'emploi du rasoir, — tel, bien entendu, qu'il a lieu entre les mains des perruquiers, l'instrument servant successivement, pendant une même séance, à plusieurs individus, — il expose trop directement et trop intimement à mettre l'agent de la maladie, le parasite, en contact avec son lieu favori de germination, pour qu'on soit en droit de l'innocenter. Il est bien entendu, toutefois, que nous ne regardons le rasoir que comme une occasion du développement de la maladie. S'il peut agir par l'effet d'une irritation mécanique et donner lieu alors à un sycosis artificiel, le plus souvent il ne détermine l'inflammation des follicules pileux que par les facilités qu'il crée pour le contact et même l'inoculation de l'agent parasitaire. (A. D.)

samment démontré par les différences évidentes qui existent entre les traits de la première maladie et ceux d'une éruption tuberculeuse syphilitique. Mais je puis dire, en outre, que lorsque les deux affections surviennent en même temps, on peut faire disparaître les tubercules syphilitiques à l'aide d'un traitement approprié, sans qu'il produise le plus léger changement dans les apparences propres au sycosis, ces dernières ne cédant que quand on a recours aux remèdes dont l'expérience a démontré l'efficacité dans cette maladie.

Les remarques ci-dessus peuvent se résumer en disant que *le sycosis est une maladie locale, consistant essentiellement en une inflammation des follicules pileux, mais dont la cause nous est complétement inconnue* (1). L'hypothèse qu'elle tient peut-être à une perversion du processus par lequel les poils se *renouvellent* normalement est une opinion à laquelle il m'est impossible d'apporter aucune preuve directe, basée sur des observations anatomiques ou microscopiques. Mais une telle manière de voir est jusqu'à un certain point confirmée par le fait que, chez les sujets atteints de cette affection, on trouve assez fréquemment dans un seul follicule pileux deux poils, dont l'un est plus épais et en général plus long, l'autre plus mince et habituellement plus court. Or, les recherches du professeur Langer montrent que les nouveaux poils se forment dans la barbe de la manière suivante : De la base d'un de ces longs follicules, contenant un poil, il pousse un nouveau sac, moins grand, qui se trouve placé un peu à côté du sac *générateur*, et un peu plus profondément vers le tissu sous-cutané. Dans ce nouveau sac, un petit poil se forme exactement de la même manière que lorsque les poils se développent originairement chez le fœtus. Le petit poil, à mesure qu'il croît, passe dans l'ancien follicule, et, à l'état normal, il chasse au dehors le premier occupant du follicule, et prend sa place. Il est donc permis de penser que, dans des cas exceptionnels, l'ancien poil et le nouveau peuvent rester dans le follicule, remplissant toute sa cavité. Ils exerceraient donc, peut-être, une pression mécanique sur les tissus adjacents, et de cette manière détermineraient une maladie inflammatoire du follicule pileux, conduisant à la suppuration ainsi qu'à la formation d'un tubercule rouge, à travers lequel passeront les poils eux-mêmes.

Chaque tubercule du sycosis, en effet, contient toujours du pus en plus ou moins grande quantité, même au moment où l'on n'aperçoit encore aucun point jaune à son sommet. Quelquefois, cependant, ce

(1) Voyez la note de la page 741.

pus ne s'échappe que lorsqu'on a arraché un ou plusieurs poils qui ferment l'orifice du follicule pileux, avec la gaîne des racines qui, dans ces cas, sont ébranlées et tuméfiées, de sorte qu'on peut souvent les enlever séparément.

Anatomie. — Il y a longtemps que Gustave Simon a démontré que l'on trouve toujours du pus dans les tubercules de l'*acné*, dès que l'on voit la plus légère élevure. Il n'a cependant pas fait la même remarque à propos du *sycosis*. Il a donné place à cette dernière maladie dans son chapitre sur les « affections parasitaires », ne voulant pas contredire les assertions de Gruby, bien qu'il n'eût pas lui-même découvert un fongus dans les poils enlevés des tubercules de sujets atteints de cette maladie. J'ai aussi cherché à plusieurs reprises, mais je n'ai jamais réussi à trouver le végétal parasite décrit par Gruby, et ultérieurement par Bazin et Köbner, comme existant dans le sycosis (1).

Wertheim (2) a prouvé, par ses recherches, que chaque tubercule de la maladie dont il s'agit actuellement contient un follicule pileux métamorphosé, et que ce follicule en réalité renferme un petit abcès.

Comme il m'est impossible, d'après mes observations personnelles, de confirmer tout ce qui a été avancé, relativement à l'anatomie pathologique de la maladie, par les auteurs que j'ai indiqués ci-dessus, je me bornerai à faire remarquer que, lorsque le sycosis a existé depuis quelque temps, les tissus compris entre les follicules participent au travail inflammatoire, aussi bien que les follicules eux-mêmes. Les éléments de tissu conjonctif subissent une prolifération; et cette dernière détermine la formation d'une grande quantité de saillies condylomateuses semi-globulaires, qui ont quelque analogie avec l'aspect des framboises (*frambœsia*). Ces saillies, comme les tubercules ordinaires de la maladie, sont traversées par de nombreux poils et renferment plusieurs foyers de suppuration, que l'on découvre par la pression ou en arrachant les poils l'un après l'autre. Ce fut l'aspect particulier de ces excroissances, semblable en quelque sorte à l'intérieur granulé d'une figue, qui engagea nos ancêtres à donner à cette maladie le nom légèrement fantaisiste de *sycosis*.

(1) Nous ne pouvons vraiment nous expliquer comment le végétal parasite du sycosis, le trichophyton, en un mot, a pu passer inaperçu pour un observateur aussi sagace que le professeur Hebra. Quant à nous, nous l'avons vu à plusieurs reprises, et dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, et dans celles de l'Antiquaille, à Lyon. Aussi ne pouvons-nous que répéter encore une fois ce que M. Bazin a dit avec tant d'autorité : c'est que si l'on ne constate pas toujours la présence du cryptogame dans les poils qui traversent les tubercules sycosiques, cela tient à l'action destructive du pus sur le champignon. (A. D.)

(2) « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte », 1861.

Traitement. — Tant que l'on a regardé le sycosis comme le résultat d'une maladie générale, on devait nécessairement le combattre à l'aide de remèdes internes, notamment de ceux que l'on considérait comme *antidyscrasiques*. Il n'est donc pas très-étonnant que les médicaments que l'on trouve le plus chaudement recommandés contre cette affection, dans les ouvrages anciens et modernes, soient les mêmes que ceux auxquels on avait recours dans le psoriasis (1) : les décoctions de bois dites antidyscrasiques, les purgatifs, les prétendus agents spécifiques, et par-dessus tout l'arsenic. Mais il est certainement remarquable que les traitements locaux, que l'on sait aujourd'hui positivement capables de guérir la maladie, aient été autrefois considérés comme nuisibles et le soient même encore aujourd'hui par certains auteurs. Ainsi, selon Rayer, le premier principe que l'on doit avoir en vue en traitant un cas de sycosis consiste « à se servir d'une paire de ciseaux au lieu de rasoirs, pour enlever la barbe; car, dit-il, l'usage du rasoir augmente invariablement l'inflammation ».

Or, ce que j'énonce, moi, comme le premier principe du traitement de cette affection est exactement le contraire de ce qui précède : c'est-à dire qu'il ne faut pas simplement couper la barbe avec des ciseaux, mais qu'il est essentiel de la raser avec soin *tous les jours*. Il est vrai que, sans l'emploi du rasoir, on peut guérir un sycosis; mais le traitement exige alors plus de temps, et il s'accompagne de beaucoup plus de douleur et de désagrément pour le malade, lorsque l'on n'a pas recours au rasoir, que quand on s'en sert d'une manière régulière. J'ai fréquemment essayé les deux méthodes, et je vais actuellement exposer en détail les résultats de mon expérience.

J'ai déjà eu plus d'une fois l'occasion de déclarer que, dans le traitement d'une affection cutanée, une seule méthode de traitement n'est jamais applicable à tous les malades. La raison en est non pas tant dans les différences de caractère que la maladie elle-même présente dans les divers cas, que dans la variété d'occupation des malades et dans l'inégalité de leurs conditions sociales. Ces circonstances s'opposent complétement à ce que l'on mène à bonne fin un traitement identique, à ce qu'on trouve une seule médication qui soit toujours aussi prompte et aussi efficace. C'est dans l'intérêt du médecin non moins que dans celui du malade que l'on devrait toujours porter son attention sur ce point.

Ces remarques s'appliquent au traitement des affections de la peau

(1) Voyez page 419.

en général, mais plus particulièrement encore au sycosis. Pour quelques personnes, la perte temporaire de la barbe, pendant qu'elles sont en traitement, n'est nullement une chose indifférente. Diverses considérations interdisent à certains individus de rien changer à l'aspect de leur figure, tandis que d'autres désirent suivre les caprices de la mode quant au genre de barbe qu'ils veulent porter, — du moins dans les limites prescrites par la nature elle-même. On devra modifier, suivant ces circonstances, la méthode de traitement à adopter dans le sycosis.

Ainsi, si un malade se confiait entièrement à mes soins, j'instituerais immédiatement la médication qui est la plus rapide et la plus certaine : je ferais pratiquer l'épilation sur tous les points malades.

Cependant s'il était impossible d'avoir recours à cette méthode de traitement, il faudrait essayer d'obtenir la guérison sans couper la barbe. Il est possible d'atteindre ce résultat; l'expérience des médecins les plus anciens et des praticiens modernes qui se sont énergiquement opposés à l'emploi du rasoir dans le sycosis, et qui cependant réussissent à obtenir la guérison, l'a suffisamment démontré. J'ai eu moi-même souvent à traiter des cas dans lesquels il était impossible d'arracher les poils des parties affectées : quand, par exemple, la maladie avait son siége dans les sourcils, ou lorsque le patient, par attachement pour sa barbe ou d'après toute autre raison, refusait de se laisser épiler.

Dans ces conditions défavorables, la méthode que j'adoptais consistait à pratiquer de petites incisions aux différents abcès, de manière à favoriser l'issue du pus contenu dans leur intérieur. Les incisions isolées, nécessairement, quelquefois se réunissent au point de former des plaies superficielles ayant au moins un pouce de longueur. L'instrument dont je me sers pour ces scarifications est un bistouri à deux tranchants, à lame courte. A l'aide de ce bistouri, je puis faire un grand nombre d'incisions, séparées les unes des autres par un intervalle de quelques lignes, et traversant la couche la plus superficielle du derme aussi bien que l'épiderme.

En adoptant ce procédé, on n'a pas à craindre de détruire les follicules pileux ou de produire des cicatrices pouvant défigurer d'une manière permanente. De telles incisions dans des régions de la peau infiltrée avec produits inflammatoires guérissent si parfaitement et d'une manière si rapide, qu'au bout de peu de jours il est impossible d'en découvrir aucune trace.

Cette opération est en général suivie d'une assez forte hémorrhagie, qui est, toutefois, plutôt salutaire que nuisible. Au besoin, il est toujours facile de l'arrêter par l'application de charpie sèche ou imbibée

de perchlorure de fer. Le fer agit ici non-seulement comme un styptique en arrêtant l'hémorrhagie, mais il contribue aussi à faire disparaître les saillies tuberculeuses.

Lorsque l'on a ouvert, par le procédé que je viens de décrire, le plus grand nombre des abcès, et lorsque les nouvelles papules et pustules qui sont formées commencent à diminuer, on peut continuer à détruire celles qui restent à l'aide de caustiques.

Ainsi on peut toucher le sommet des tubercules isolés avec une sonde en verre, mouillée d'acide acétique concentré ou d'acide nitrique, ou avec une solution aqueuse ou alcoolique de sublimé corrosif (une partie sur deux), avec de l'acide chromique. Lorsque l'on ne veut avoir recours à aucune de ces substances, une bonne méthode consiste à appliquer sur les points affectés des pansements à l'eau ou des compresses enduites d'axonge, soit d'une manière permanente, soit au moins pendant la nuit, de manière à macérer et à ramollir les tissus.

Quand la face est sensible au point qu'il est impossible de se servir de caustiques, on peut les remplacer par une pommade au précipité blanc ou rouge (1 gr. 77 sur 30 grammes d'axonge), l'*ung. Rochardi* (1), l'*ung. sulfuris iodidi*, ou enfin le *lac sulfuris*, conseillé par le professeur Zeissl (2). Mais pour obtenir de l'une ou l'autre de ces applications le résultat que l'on désire, il est nécessaire, au lieu de frotter légèrement avec le doigt, d'étendre la pommade sur de petits plumasseaux de charpie, de manière à faire une espèce d'emplâtre que l'on doit maintenir pendant toute la nuit en contact avec les parties affectées.

Des lotions habituelles sont insuffisantes pour nettoyer les parties atteintes de sycosis. Il faut employer dans ce but des douches faciales (Gesichts-douche). Elles ont une grande ressemblance avec les douches oculaires; il faut seulement avoir soin d'attacher les tubes à un support fixe et les choisir d'un diamètre plus considérable.

L'emploi régulier des applications locales que j'ai indiquées ci-dessus guériront la maladie, même si l'on se borne à les employer pendant la nuit (3). Il faut donc recommander ces méthodes de traitement aux

(1) Voyez page 451.

(2) « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte », Wien, 1855, p. 451.

(3) Malgré tout le respect que nous inspire la parole du professeur Hébra, il nous est bien difficile de croire que l'une de ces méthodes, et par exemple qu'une série de scarifications, suivie de pansements à l'eau, — même ceux-ci ne fussent-ils pas bornés à la nuit, — suffise pour guérir une maladie telle que le sycosis. Abandonné à lui-même, le sycosis peut même guérir spontanément, car dans ces cas le pus sécrété par

malades qui, par suite de leurs occupations, ou par d'autres circonstances, sont dans l'impossibilité de s'assujettir à la régularité non interrompue d'une médication énergique.

Si cependant ces considérations ne sont point un obstacle, il est toujours préférable d'adopter le procédé suivant, puisqu'il réalise la guérison de la maladie avec plus de rapidité et plus sûrement.

La première chose à faire est de ramollir toutes les croûtes qui ont pu se former. Il faut ensuite couper ras les poils avec des ciseaux afin de pouvoir atteindre l'organe affecté, puis on frotte alors fortement avec de l'huile toutes les parties malades de la barbe. Après cela on les recouvre de morceaux de flanelle imbibés d'huile. Par ce procédé, la plus grande partie des croûtes sont ramollies dans l'espace de vingt-quatre heures, de sorte qu'on peut laver les plaques malades avec de l'eau et du savon, et raser ensuite comme de coutume. Cette proposition est néanmoins souvent repoussée et par le malade et par le barbier. Le premier redoute la douleur que provoquerait le rasoir, l'autre craint qu'il soit impossible de raser une partie qui est le siége d'une lésion si prononcée. Mais « *grau ist alle Theorie*, expérience passe science », même celle de Figaro ; le fait avant la théorie. Le malade n'éprouve pas les souffrances dont il avait peur, et le barbier ne rencontre aucune difficulté dans l'emploi de son rasoir. En effet, on peut tout aussi bien raser une personne atteinte de sycosis qu'une autre en bonne santé. Sans doute, on sera exposé à couper quelques tubercules, et il en résultera une légère hémorrhagie. Mais quelle importance ont ces inconvénients, lorsqu'on les compare au bénéfice qui résultera de l'opération pour faciliter la guérison de la maladie ?

Les surfaces malades ayant été ainsi mises à nu, il est quelquefois nécessaire de scarifier la partie par le procédé que j'ai indiqué ci-dessus, qui consiste, dans les cas légers, à inciser séparément chaque tubercule, à faire de longues sections dans les cas plus graves où se trouvent de larges plaques de sycosis.

Néanmoins, dans d'autres circonstances, on peut avoir immédiatement recours à l'épilation, méthode qui fut recommandée il y a longtemps par Plumbe, mais qui était tombée en oubli jusqu'au moment où elle a de nouveau été mise en honneur par le docteur Gustave Wertheim. Les malades refusent souvent de se laisser épiler ; et, en

l'inflammation folliculaire détruira le parasite cause première de l'affection, et, dans la forme simple, cette même sécrétion purulente, en entraînant le poil, fera disparaître le corps étranger qui entretenait l'inflammation pilifère. Mais nous démontrerons bientôt que le seul mode rationnel et efficace de traitement, c'est l'épilation convenablement pratiquée, aidée de lotions parasiticides. (A. D.)

réalité, c'est une opération devant laquelle quelques médecins pourraient reculer avant d'en avoir fait l'essai. Mais on peut l'accomplir sans difficulté et sans déterminer beaucoup de douleur, si chirurgien et malade s'y mettent avec courage et confiance.

En premier lieu, notons-le, il ne faut arracher que les poils qui traversent les pustules ou qui émergent du sommet des tubercules. Il suffira, pour en venir à bout, d'exercer une douce traction; les pinces dont on se sert sont les mêmes que celles employées pour enlever les sourcils. Il est nécessaire d'épiler d'abord les poils qui se trouvent à la périphérie des plaques malades et d'avoir soin de ne saisir qu'un poil à la fois.

Très-souvent l'extraction du poil est suivie de l'écoulement d'une petite quantité de pus provenant de l'intérieur du follicule pileux, ou de l'exsudation d'un liquide transparent qui émerge comme une petite goutte à la surface cutanée. Dans d'autres cas, il survient une hémorrhagie, et parfois elle est plus abondante qu'on n'aurait pu l'attendre d'une lésion aussi légère. Exsudation ou hémorrhagie, il est facile de s'en rendre maître immédiatement par l'application d'un peu de charpie sèche ou imbibée d'une solution de perchlorure de fer.

Pour les premières « séances » l'opérateur peut se borner à épiler les points de la surface malade qui sont le plus gravement atteints. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'on doit renouveler l'opération chaque jour; par conséquent, on aura bien assez de temps et d'occasions de parcourir ce terrain une seconde fois, et d'arracher les poils que l'on aurait oubliés dans une première épilation.

Après chaque séance, il faut avoir soin de recouvrir toute l'étendue de la surface affectée avec de petites bandes de toile, enduites d'une pommade, telle que mon *ung. diachyli* (1), ou l'*ung. lithargyri*, ou l'*ung. zinci oxidi* de Wilson. Quel que soit celui que l'on emploie, il est indispensable de le maintenir toujours en contact à l'aide d'emplâtres ou de bandages.

Pourvu que la position du malade et les occupations du chirurgien le permettent, il sera convenable de répéter très-souvent — peut-être deux ou trois fois par jour — cette opération, soit l'épilation, soit les lotions consécutives des parties malades avec du savon et de l'eau.

Sous l'influence de ce traitement, on verra s'affaisser les tubercules, disparaître les pustules, diminuer l'infiltration; mais lorsqu'on le commence, il faut s'attendre à voir de jour en jour de nouvelles pus-

(1) Voyez page 571.

tules continuer à apparaître au milieu des poils courts, à mesure que ceux-ci émergent de leurs follicules. Toutefois, plus les poils qui restent deviennent rares, plus les caractères de la maladie vont en s'atténuant; et quand l'épilation est terminée, le sycosis est en général guéri.

Mais, malgré ce succès, il reste tout autre chose à faire au médecin qu'à mettre les mains dans ses poches, et à cesser toute médication ultérieure. Il faut qu'il persévère encore, et, en particulier, qu'il insiste vivement auprès du malade pour que celui-ci ait soin de se faire raser régulièrement chaque jour. C'est là un enseignement résultant de mon expérience personnelle. Après avoir réussi à guérir un sycosis, au prix de beaucoup de soin, de patience et de peine, j'ai vu quelquefois la maladie reparaître dès qu'on laisse repousser la barbe. Même au bout de plusieurs années, j'ai vu revenir des pustules quelques semaines après que le malade avait essayé de renoncer à l'emploi du rasoir (1).

(1) Tout en niant l'étiologie parasitaire, cependant incontestable, du sycosis, le professeur Hébra reconnaît l'épilation comme le meilleur mode de traitement que l'on puisse opposer à cette affection.

Nous nous bornerons, quant à nous, à rappeler ici que, dans le sycosis non parasitaire, il faut avoir recours, en premier lieu, aux applications émollientes de diverses natures pour combattre l'inflammation, et en second lieu à l'épilation dans le but de faire disparaître la cause permanente d'irritation du follicule pileux.

Dans le sycosis parasitaire, il est indispensable de détruire le parasite, et, pour y parvenir, l'épilation et les lotions parasiticides sont nécessaires. S'il existait des phénomènes inflammatoires trop prononcés, on commencerait par les combattre à l'aide de moyens appropriés, et immédiatement après on pratiquerait l'épilation. Se trouve-t-on en présence de ces cas dont nous avons parlé, dans lesquels on ne retrouve plus le trichophyton qui a été détruit par le pus? L'épilation n'en est pas moins nécessaire, car le poil remplit encore le rôle d'un agent irritant du follicule pileux. D'ailleurs, comme l'a fait remarquer M. Bazin, on observe souvent, « simultanément avec les tubercules » sycosiques, le sycosis pustuleux ou pityriasis alba, et, dans ce cas, l'épilation est » indispensable ». Simultanément avec l'épilation, il faut pratiquer, matin et soir, des lotions de sublimé. Au lieu des antiphlogistiques, M. Bazin n'emploie avant l'épilation que l'huile de cade qui, dit-il, éteint la sensibilité des parties, rend l'opération plus facile et moins douloureuse. L'épilation, facile en général dans le sycosis, est, dans quelques cas, rares il est vrai, tellement douloureuse que les applications émollientes, les anesthésiques locaux, l'huile de cade, ne parvenaient que très-difficilement à la faire supporter.

Enfin, le professeur Hébra n'a nulle part essayé d'indiquer la cause des intermissions quelquefois très-longues qui s'observent dans l'évolution de cette maladie. Pourquoi y voit-on assez souvent toute apparence morbide s'effacer, puis revenir après un temps d'une longueur variable, sans qu'aucune cause puisse expliquer la récidive? Si l'on considère que ces retours se font à époques quelquefois tellement fixes que le malade les prévoit et les indique d'avance, que, d'autre part, ils coïncident souvent avec certaines saisons, surtout avec le printemps, faudra-t-il les considérer, comme le veut M. Bazin, comme une affection arthritique, ou bien admettre avec M. Diday que, dans les maladies parasitaires comme dans la syphilis, des germes sommeillant, puis revenant à la vie et à la prolifération, constituent la véritable cause de ces intermittences? D'ailleurs, pour la syphilis, de même que pour les affections cutanées parasitaires, ces intermittences sont un fait, et un fait dont nulle autre théorie, qu'elle se fonde sur un *vice*

Ainsi que je l'ai déjà dit, le sycosis s'accompagne souvent d'une affection analogue des follicules dans lesquels poussent les poils des cils ou ceux des sourcils, des aisselles, du pubis et même du cuir chevelu. Lorsqu'il en est ainsi, il faut nécessairement avoir recours au même traitement. La meilleure manière (par exemple) de guérir une tinea ciliorum (blepharoadenitis de quelques auteurs) est d'arracher les poils de la partie affectée aussi souvent que l'on aperçoit de la rougeur et de l'infiltration et qu'il se forme des pustules. On n'a pas à craindre que ce procédé entraîne une chute permanente des poils. Ils repoussent au contraire de nouveau avec une rapidité extraordinaire, si remarquable, que souvent il semble que de nouveaux poils avaient dû se former dans le follicule et étaient prêts à en émerger au moment où l'on a arraché les anciens.

On peut par conséquent avoir pleine confiance dans la méthode que je recommande ci-dessus; elle guérira le sycosis sans déterminer une dénudation permanente des parties atteintes.

CHAPITRE XXIV

ACNE ROSACEA.

(*Gutta rosea*, *Couperose*, *Das kupfrige Gesicht.*)

Historique. — Ni les ouvrages des Grecs, ni ceux des auteurs latins sur la médecine ne contiennent une description quelconque de l'acné rosacea. Il semblerait donc que, n'étant accompagnée ni de douleur ni de démangeaison, elle ne passait pas pour une *maladie*, et l'on désignait simplement sous le nom de ἐξέρυθρον la rougeur de la face à laquelle elle donnait lieu. D'un autre côté, on trouve, dans les œuvres

humoral ou sur la seule action des causes externes, n'est capable de rendre un compte satisfaisant.

Quant au sycosis parasitaire, il paraît rationnel d'attribuer les récidives dont nous nous occupons ici à une nouvelle contagion, sans toutefois rejeter la possibilité que des spores puissent rester, pendant plus ou moins longtemps, en quelque sorte à l'état de sommeil et repulluler ensuite à un moment donné; car nous ignorons encore quelles sont les lois qui président à la germination des parasites dans nos tissus. Quant aux réapparitions de l'inflammation simple des follicules pileux, nous ne pouvons pas plus les admettre que celles que l'on observe également quelquefois sur les diverses parties du tégument. (A. D.)

des poètes romains, quelques passages qu nous révèlent assez que, fort accoutumés à voir des nez rouges, ils étaient initiés à quelques-unes des causes de cet aspect. Du moins est-il permis de tirer cette conclusion de l'épigramme suivante :

Pompilio est nasus cubitos tres longus et unum
Latus, et hunc murus cingit uterque triplex;
Adsunt et turres, Bacchus quas condidit ipse,
Et minio tinctas usque rubere dedit.

L'affection est mentionnée d'une manière distincte par d'anciens auteurs, tels que Guy de Chauliac, Fernelius, Nicolaus Florentinus, Ambroise Paré et Astruc. — Le premier recommande d'avoir recours, pour la guérison de cette maladie, à la saignée de la veine frontale, aux sangsues appliquées dans les narines et aux épispastiques. Fernelius fait une distinction entre l'acné commune et l'acné rosacea.

Rubor faciei, dit-il, *vel simplex et solitarius, et vel sine pustulis vel pustulas comites habet. Hæ pustulæ si intensum ruborem habent, gutta rosacea vocantur; si duræ et exiguæ ex frigido ac crasso humore et velut in callum concretæ, vari nominantur.*

Nicolaus Florentinus divise la maladie en trois degrés : le premier consistant en une simple rougeur de la face, le second s'accompagnant d'une éruption pustuleuse, et le troisième de la formation d'ulcères. Paré donne une description identique de la gutta rosacea, disant qu'on la voit parfois avec des pustules, d'autres fois sans pustules. Sennert (1), enfin, parle d'un homme vivant près de Dresde, qui fut obligé de faire couper une partie de son nez, parce que son volume était un obstacle à ce qu'il pût lire.

Parmi les auteurs arabes, il en est quelques-uns qui, en termes plus ou moins justes, font allusion à la maladie dont je m'occupe actuellement. Avicenne en parle sous le nom de Badschenân, nom qui fut converti plus tard en Abedsamen.

Gulielmus de Salicète (2) l'appelle *Buzicagua* (3) ou *Aura cervina* (4).

Astruc en distingue trois espèces : la première, apparaissant comme une simple rougeur de la peau ; la seconde s'accompagnant d'une

(1) « Universa Medicina », 1679, p. 442.
(2) « Pract. Med. », 1629, lib. v, cap. 21.
(3) Chir., lib. I, c. 18, f. 309, c.
(4) Ce nom est équivalent à « tonneau de vin », étant dérivé de Cagua, Cahors, « un vin de Bordeaux », et buza, « un tonneau ».

dilatation des veines, qu'il décrit en conséquence comme « variqueuse »; et la troisième étant caractérisée par la formation de squames, et en conséquence appelée « squameuse ».

Toutefois, c'est Lorry (1) qui a donné la description la plus claire et la plus complète de l'acné rosacea. Il connaissait complétement non-seulement les symptômes de la maladie, mais aussi ses causes. Il la mentionne dans deux chapitres intitulés, le premier *Gutta rosea*, l'autre *De rubore et tumoribus in cute narium.*

Dans l'ouvrage de Daniel Turner, qui parut au XVIII[e] siècle, il en est question dans le quatrième chapitre, qui est consacré non pas tant à la description de la maladie qu'à une étude approfondie de son traitement.

Plenck, dans le second ordre (*Maculæ rubræ*) de sa première classe (*Maculæ*) d'affections cutanées, parle d'une maladie qu'il appelle *gutta rosacea*, et qui consiste, selon lui, en taches rouges, disposées en grappes (doldenförmig), et siégeant à la face et au nez. Il en distingue neuf variétés : Gutta rosacea *simplex ; œnopotatorum s. bacchia ; hydropotatorum ; febrilis ; pernionalis ; herpetica ; syphilitica ; lactantium ; variolosa.* Il est évident, plutôt d'après les noms donnés à ces variétés que d'après leurs définitions, qu'il connut parfaitement les causes de la maladie, et les classes particulières d'individus qui y sont sujets.

Willan et Bateman parlent de la maladie comme d'une espèce d'acné, l'appelant acné rosacea ; et le dernier de ces auteurs en décrit avec assez de précision les différentes formes.

Alibert, dans la première édition de son ouvrage, a donné (planche XXI) un bon dessin de la maladie, sous le titre de « Dartre pustuleuse couperose », la rangeant au nombre des « dartres » ou *herpetes.* Mais dans la suite il adopta les opinions des auteurs anglais de son époque, et la plaça parmi les variétés de varus (acné), dont il réunit les différentes espèces pour former le second genre de ses « dermatoses dartreuses. » Il a admis dès lors six variétés de vari : *Varus sebaceus s. comedo, V. miliaris, V. frontalis, V. hordeolatus, V. disseminatus, V. gutta rosea* et *V. mentagra.* Alibert se rencontra ainsi avec ceux qui pensent que l'acné rosacea appartient à la même famille que ces affections résultant d'une perversion des fonctions ou d'une inflammation de la substance des glandes sébacées.

Biett, et avec lui Cazenave et Schedel, admettaient quatre espèces d'acné : *A. simplex, A. indurata, A. rosacea,* et *A. sebacea.* Ces auteurs, en réalité, ont accepté les opinions d'Alibert.

(1) *Op. cit.*, p. 640.

Rayer a continué de placer l'acné rosacea entre l'A. simplex (Varus s. Jonthos) et l'acné mentagra (Sycosis). Mais néanmoins il a renoncé à cette idée que ces trois maladies sont l'une à l'autre dans le même rapport qu'une espèce est à un genre.

Franck (1) a suivi une autre voie. Il a rangé l'acné rosacea (Kupferhandel) parmi les exanthèmes (Hautröthen), remarquant en même temps que la maladie présente des squames sèches (trockene Blättchen oder Hitzblätterchen) aussi bien que des tubercules (traubenartige Wucherungen), et que c'est aussi en partie une éruption humide (auch feuchte Blüthchen entstehen).

D'autre part, Fuchs a adopté un arrangement analogue à celui qu'avaient suivi, comme je l'ai déjà indiqué, les auteurs anglais et français. Il a divisé l'acné (sa seizième espèce de maladies cutanées) en trois variétés : *A. vulgaris*, *A. mentagra* et *A. rosacea*, comprenant ainsi la dernière affection sous le titre général d'acné.

Alibert avait déjà rapporté qu'un de ses élèves, Dauvergne de Valensole, ayant eu l'occasion d'examiner un « varus gutta rosea » chez un individu mort d'apoplexie, observa ce qui suit : « Lorsque l'on eut incisé transversalement un tubercule à sa première période, la peau étant simplement rouge et tuméfiée, on trouva que les tissus cutanés vers ce point étaient gorgés de sang et que le centre du tubercule était coriace et dur au toucher, paraissant constituer une espèce de noyau. La rougeur diminuait graduellement du centre à la circonférence, et cessait enfin complétement. Mais quand le tubercule était déjà en suppuration, les apparences se présentaient différentes. Le noyau central était remplacé par un dépôt purulent de forme conique, ayant sa base en contact avec la surface inférieure du derme. Autour de ce petit abcès on voyait un tissu rouge et enflammé, dont la coloration disparaissait graduellement vers sa circonférence. »

Gustave Simon (2) a rapporté une observation analogue. Cet auteur eut une fois l'occasion d'examiner le nez d'un ivrogne qui était recouvert de tubercules assez volumineux d'acné rosacea. Durant la vie de cet individu, ces tubercules avaient présenté une teinte rouge sombre, et étaient très-proéminents ; mais sur le cadavre on trouva la rougeur très-légère, bien que la tuméfaction cutanée fût encore parfaitement visible. L'épaississement était dû à la présence d'un tissu conjonctif fort développé, en proportion plus considérable qu'à l'état normal.

(1) *Op. cit.*, p. 31.
(2) *Op. cit.*, p. 362.

Plumbe, Anthony Todd Thomson, Hunt, Erasmus Wilson, et d'autres auteurs anglais, partagent pour la plupart les opinions de leurs contemporains français et allemands, et regardent l'acné rosacea comme alliée de l'acné ordinaire, et comme tenant essentiellement à une inflammation des glandes sébacées.

En parlant des symptômes, de la marche et de l'étiologie de cette affection, je soutiendra une manière de voir différente. J'essayerai de prouver que, entre l'acné simplex ou A. disseminata d'un côté, et l'A. rosacea d'un autre côté, il n'y a qu'une analogie apparente qui dépend de la ressemblance existant dans l'aspect extérieur de ces maladies et de cette circonstance que toutes les deux affectent la face. J'admets, en effet, qu'on les rencontre quelquefois ensemble sur le même sujet, et que la présence de l'une es peut-être favorable au développement de l'autre ; mais je suis néanmoins convaincu que ces deux soi-disant espèces d'acné sont des affections essentiellement distinctes.

Déjà vers l'année 1845, en publiant une classification des « maladies de la peau » (1), j'ai avancé que l'acné rosacea, au lieu de provenir d'un processus inflammatoire, consiste, en réalité, dans la formation de nouveaux tissus conjonctifs et vasculaires, et par conséquent que, bien qu'elle coexiste souvent avec l'acné disseminata, on devrait, à proprement parler, la ranger parmi les excroissances de nouvelle formation.

Je reste encore aujourd'hui fidèle aux idées que j'exposais alors. Mais, dans la publication actuelle, j'ai essayé de diviser les maladies cutanées en groupes, formés d'après les principes adoptés en histoire naturelle. Dans ma classification des affections de la peau je ne m'attache donc plus à un groupe quelconque de caractères, mais j'ai égard à tous les points de ressemblance ou de concordance de leurs symptômes ; et, en conséquence, il me semble plus convenable de décrire la maladie à cette place, à la suite des autres affections que l'on connaît sous le nom d'acné.

Je répète que je suis encore intimement persuadé que l'inflammation des glandes sébacées et d'autres tissus cutanés ne constitue pas un caractère essentiel de l'acné rosacea, mais que quand cette inflammation existe,—ce qui arrive fréquemment,— c'est simplement une complication accidentelle. Dans le but d'éviter des répétitions, je renvoie, pour preuves à l'appui, à la description suivante des symptômes et de la

(1) « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte », mai 1845, Band II, p. 145.

marche de la maladie, basée sur des observations répétées qui justifient pleinement les opinions que j'ai émises à cet égard.

Symptômes. — Le plus important de tous les signes diagnostiques de l'acné rosacea est qu'elle occupe une région spéciale : la face. Personne ne songerait à donner ce nom à une affection dont le siége se trouverait sur la cuisse ou sur le tronc, lors même qu'elle présenterait exactement les mêmes caractères.

Les parties de la face qui en sont principalement atteintes sont le nez, les joues, le front et le menton. Toutefois, dans des circonstances très-exceptionnelles, elle peut envahir toute la face, et même (mais en général seulement chez les personnes chauves) empiéter sur le cuir chevelu. Son caractère fondamental est une rougeur intense de la peau, sans beaucoup de tuméfaction ou de tension. Par un examen attentif on trouve que la teinte rouge foncée tient à une injection des vaisseaux sanguins de la partie affectée, que l'on voit (en général même à l'œil nu, mais encore mieux à l'aide d'une lentille d'un grossissement modéré) former une quantité de lignes serpentines. Si l'on exerce une forte pression avec le doigt, et qu'on la maintienne quelque temps, la rougeur disparaît. Lorsque l'on cesse la compression, on peut observer que les vaisseaux qui avaient été vidés se remplissent de nouveau assez rapidement de sang. Ces ramifications vasculaires sont particulièrement nombreuses et très-évidentes sur les côtés et le dos du nez.

Cet état de vascularisation forme comme une base à laquelle viennent s'ajouter d'autres phénomènes : — quelquefois ce sont les tubercules et les pustules de l'acné ordinaire ; dans d'autres cas, des saillies de volume plus ou moins considérable, de consistance solide et sans aucun contenu purulent. Celles-ci, selon leur durée et les différences de leur siége, présentent de nombreuses variétés que je décrirai ultérieurement.

D'autres traits de l'acné rosacea, qui méritent d'être mentionnés, sont une certaine persistance, la ténacité qui la caractérisent, et son apparition à des périodes particulières de la vie, celles de la croissance et du déclin (die Evolutions — und Involutions periode).

Marche. — Les variétés de caractère présentées par cette maladie ont engagé, et non tout à fait sans raison, quelques auteurs à la décrire comme parcourant plusieurs périodes. Malheureusement, toutefois, ces différents caractères n'apparaissent pas, dans tous les cas, selon le même ordre de succession ; c'est tantôt l'un, tantôt l'autre que l'on observe le premier. En conséquence, je préfère en parler comme se manifestant simplement *sous diverses formes.*

L'une de ces variétés consiste uniquement en une rougeur plus ou moins intense de la peau du nez, de la joue, du front ou du menton, sans changement de forme. Dans un cas de cette nature, si l'extrémité seule du nez est attaquée, le malade attribue souvent l'affection au froid, pensant, en effet, que la partie est « brûlée par la gelée ». (C'est un point sur lequel je reviendrai plus tard en parlant des causes excitantes de l'acné rosaceâ.)

Cependant, outre cette rougeur anormale, la partie affectée est en général le siége d'une sécrétion sébacée excessive, de sorte qu'elle présente un aspect luisant, graisseux. Le malade se plaint aussi d'y éprouver une sensation de chaleur, qui, cependant, n'existe pas d'une manière constante, mais peut se faire sentir plusieurs fois dans le cours d'une journée, et notamment après un repas, ou dans la soirée.

Ces symptômes augmentant d'intensité conduisent à cette forme de la maladie dans laquelle la face entière revêt une coloration rouge foncée, et l'on peut voir, même à l'œil nu, les ramifications vasculaires anormales. Dans ces cas, la nuance des parties affectées est sujette à de grandes modifications ; elle est plus claire ou plus foncée suivant la température extérieure, et aussi suivant que le malade se présente au médecin dans la matinée ou dans la soirée, avant ou après les repas.

Si avec ces changements il y a en même temps une inflammation des glandes sébacées, — en d'autres termes s'il existe une acné ordinaire, — sa présence nécessairement contribue aussi à altérer la physionomie, déjà bien assez endommagée.

Les deux variétés d'acné rosacea décrites ci-dessus sont plus communes chez le « beau » sexe ; mais il y a une troisième variété qui atteint plus particulièrement les hommes, et notamment ceux qui sont adonnés aux excès alcooliques. Cette troisième variété est fréquemment circonscrite au nez, où quelquefois elle se traduit simplement par une excessive distension des vaisseaux sanguins, formant des lignes entre lesquelles la peau conserve sa coloration naturelle. En d'autres termes, l'aspect du nez serait tout à fait normal sans la présence de ces grands vaisseaux ramifiés.

Dans ces cas, la température de l'extrémité du nez est, en général, sensiblement abaissée. La partie donne au toucher une sensation de froid. Elle présente, toutefois, un aspect brillant, gras, qui indique que les glandes sébacées sont dans un état d'activité excessive. Cette forme d'acné rosacea se rencontre habituellement chez les buveurs d'*eau-de-vie*.

Bien différente de la variété que je viens de décrire, en général limitée au nez, est celle qui affecte les buveurs de *vin*, chez lesquels la face présente le plus souvent une coloration rouge foncée. Chez ces individus la rougeur est universelle, ou, si elle est restreinte à certains points, elle y offre une teinte plus foncée que chez ceux dont la boisson est l'eau-de-vie. La maladie ne consiste pas simplement dans la présence de nombreuses ramifications vasculaires ; la surface de la peau comprise entre les vaisseaux sanguins est elle-même changée de couleur. Toute la face a un aspect tuméfié.

Un autre type de la maladie est offert par ces cas dans lesquels, si je puis m'exprimer ainsi, au lieu que la couleur ait été simplement étendue à l'aide d'une brosse, l'instrument du modeleur paraît avoir été employé. On pourrait dire que l'art plastique, aussi bien que celui du peintre, se sont réunis pour produire la difformité. Sous l'influence de cette action *formative* ou plutôt *défigurante*, le nez acquiert la forme d'une poire, devenant presque aussi large que long, mais ne présentant ni pustules ni tubérosités. Cependant les conduits des follicules sébacés sont dilatés ; ils peuvent être ou n'être pas obstrués de sebum ; quelques-uns sont enflammés.

On peut dire que toutes les variétés d'acné rosacea que je viens de décrire jusqu'ici appartiennent au *premier* degré de la maladie. La défiguration n'est encore due qu'à l'injection vasculaire, à de l'infiltration séreuse et à une légère inflammation des glandes sébacées.

Mais lorsque l'acné rosacea a existé pendant un temps plus considérable, les parties malades arrivent à présenter des tumeurs semi-globulaires de grosseur et de forme irrégulières, qui ne renferment dans leur intérieur ni pus ni autre sécrétion, et qui, en réalité, sont composées d'un tissu homogène semblable à celui de la peau saine. La partie ainsi altérée devient nécessairement beaucoup plus volumineuse, et il en résulte une grande difformité. Le changement est toujours beaucoup plus marqué sur le nez que partout ailleurs, et par suite ces excroissances ont été connues sous le nom de « excroissances charnues du nez » (1).

Tant que ces formations n'altèrent point les contours naturels de l'organe, mais donnent simplement lieu à son développement uniforme, la maladie n'a pas franchi le *second* degré. Mais à mesure que l'acné rosacea fait des progrès, les traits peuvent graduellement devenir difformes et monstrueux ; le nez, notamment, acquérant un volume

(1) Rokitansky, « Lehrbuch d. Path. Anat. », Band II, p. 52, 59.

énorme dans l'un ou l'autre sens, ou même dans tous ses diamètres. Cet état constitue le *troisième*, l'extrême degré de la maladie.

Dans quelques-uns de ces cas le nez, sans aucune augmentation de sa largeur, sera allongé jusqu'à ce qu'il se projète au delà des lèvres et même en bas vers le menton, — rappelant les appendices qui appartiennent à la tête de la dinde ; tandis que, dans d'autres circonstances, l'organe s'étendra de tous les côtés jusqu'à ce qu'il ait pris le volume des deux poings (Pfund-Nase).

Même lorsque le nez a atteint un volume aussi considérable, la peau est cependant le seul tissu affecté et les parties plus profondes restent complétement indemnes. Chez un sujet que j'ai eu l'occasion d'observer, les ailes du nez étaient aussi grosses que les poings et pendaient de manière à cacher la bouche. Les narines avaient néanmoins conservé leur grandeur naturelle, et le malade pouvait prendre une prise de tabac lorsque, avec son autre main, il était habilement parvenu à soulever les parties affectées.

Dans certains cas d'acné rosacea du second et du troisième degrés, il arrive quelquefois que les orifices des glandes sébacées sont simplement dilatés, mais nullement enflammés, et que la coloration de la peau est presque naturelle ; tandis que chez d'autres sujets les parties affectées, excessivement rouges, sont le siége de nombreux tubercules d'acné, les uns venant de se former, d'autres se trouvant déjà à la période de déclin.

Je ne dois pas oublier de mentionner une très-remarquable apparence que l'on rencontre dans certains cas d'acné rosacea, celle où les excroissances prennent la forme du battant d'une cloche. D'abord semi-globulaires et sessiles sur la surface du tégument, les saillies augmentent de volume, jusqu'à ce qu'elles atteignent la grosseur de noisettes, pendant que, simultanément, leur poids exerce une traction qui fait descendre la peau au niveau de leur base, de sorte qu'elles deviennent ainsi pédiculées et de plus en plus globuleuses (1).

Mais, si variées que soient les formes sous lesquelles la maladie se présente, ces variations sont toujours bornées à certaines limites fixes. On ne trouve jamais qu'elle provoque de suppuration considérable, ni d'ulcération, ni donne lieu à aucune perte notable de substance.

Toutefois, dans chaque forme de gutta rosacea, on observe accidentellement les phénomènes propres à l'évolution spontanée de la mala-

(1) Acné éléphantiasique de M. Bazin (V. Lutz, *De l'hypertrophie générale du système sébacé*, thèse de Paris, 1860). Le fait rapporté par M. Bazin existait chez un malade scrofuleux. (A. D.)

die. Même les protubérances que je viens de décrire, qui caractérisent le troisième degré de l'affection, peuvent être résorbées; tandis que, dans d'autres cas, les vaisseaux sanguins qui les alimentent venant à s'oblitérer, elles sont privées de nourriture et par conséquent dépérissent et tombent.

Diagnostic. — La variété dans les aspects présentés par l'acné rosacea explique les difficultés que peut quelquefois offrir son diagnostic. L'erreur la plus fréquente est de la confondre avec l'acné disseminata. Il est cependant facile de l'éviter en remarquant que, en général, dans cette dernière maladie on ne trouve pas la vascularité des parties augmentée, mais qu'il existe simplement une inflammation aiguë de certains follicules cutanés, inflammation qui s'efface rapidement sur un point, pour reparaître sur un autre; tandis que dans l'acné rosacea la rougeur de la surface (notamment à l'extrémité du nez) est persistante, et les vaisseaux sanguins sont variqueux. En outre, l'acné disseminata est rarement limitée à la face; la poitrine et le dos, règle générale, en sont également affectés, tandis que l'acné rosacea ne s'étend jamais au-delà de la face et tout au plus de la tête.

Il est un fait auquel j'ai déjà fait allusion : c'est que quand l'acné rosacea se borne au nez (et notamment lorsque l'extrémité seule est atteinte), on est enclin à supposer que la partie a été brûlée par la gelée. Mais, d'abord, il est très-rare que le nez souffre ainsi du froid, tandis que rien n'est plus commun que de le voir envahi par la gutta rosea, surtout chez les femmes. De plus, les deux affections se distinguent suffisamment par la différence entre leurs phénomènes respectifs. Dans la première, la coloration des parties affectées est rouge-bleuâtre, la surface est brillante, la tuméfaction considérable ; la dernière a une teinte rouge brillante, elle est huileuse à l'œil et au toucher, et se montre à peine tuméfiée.

Vénus, tout aussi bien que Bacchus, donne naissance à une affection du nez ; et les diverses formes de *lupus* attaquent la même partie et l'assujétissent à leur action destructive. Aussi, est-il parfois quelque peu difficile de diagnostiquer l'acné rosacea de cette maladie ou de la syphilis. Mais on pourra ordinairement éviter ces erreurs en se rappelant que l'acné rosacea ne détermine point d'ulcération et ne détruit jamais les tissus du nez ; que ses pustules parcourent toujours leur évolution dans un très-court espace de temps, et qu'elle épargne constamment toutes les autres parties de la surface cutanée, et même pour le nez sa *membrane muqueuse.*

Pronostic. — Dans l'acné rosacea, le pronostic dépend essentielle-

ment de la *cause* de la maladie. En règle générale, cependant, il est défavorable. D'un côté, les conditions internes qui donnent quelquefois naissance à la maladie sont difficiles à neutraliser; et, d'autre part, quand elle résulte de mauvaises habitudes (telles que l'abus des liqueurs spiritueuses), le traitement échouera presque à coup sûr, à moins, ce qui est bien rarement réalisable, que le malade ne change de caractère et de manière de vivre. Cependant, sa guérison n'est nullement impossible. On réussit quelquefois à la faire disparaître par des soins intelligents; dans d'autres circonstances, la maladie s'efface spontanément. Il est du moins permis de dire que, quelle que soit la longueur de sa durée, quelque ininterrompue que soit sa marche, il n'y a pas de danger qu'elle constitue le point de départ d'aucune autre affection locale ou constitutionnelle.

Anatomie. — A l'exception des recherches de Dauvergne de Valensole, de Gustave Simon et de Rokitansky (recherches auxquelles j'ai déjà renvoyé), la littérature médicale est très-pauvre sur les changements pathologiques que détermine l'acné rosacea. Plusieurs raisons expliquent cette pénurie : — en premier lieu, l'occasion se présente rarement, même dans les cas graves de la maladie, d'examiner les parties après la mort; en second lieu, l'expérience démontre que dans le cours d'une affection constitutionnelle prolongée, assez intense pour se terminer d'une manière fatale, la plupart des symptômes de l'acné rosacea disparaissent graduellement, de sorte que sur le cadavre on les cherche vainement. Enfin, non-seulement dans ce cas particulier, mais dans toutes les autres affections cutanées, les phénomènes visibles après la mort ne donnent qu'une faible idée de ceux que l'on a observés pendant la vie. Néanmoins, il faut retenir comme démontré que les modifications anatomiques propres à l'acné rosacea consistent essentiellement dans une vascularisation excessive des parties affectées, dans la prolifération de nouveaux éléments de tissu conjonctif, et dans une hypertrophie des glandes cutanées,— modifications beaucoup plus accusées sur le vivant que sur le cadavre.

Étiologie. — Chez les hommes, l'acné rosacea est plus fréquente après la quarantième année, au moment où les forces radicales commencent à diminuer (zur Zeit der Involution) ; chez les femmes on la voit surtout apparaître à l'époque de la puberté, puis à celle du changement climatérique. Aussi peut-on conclure de cette remarque, sans plus ample informé, que les causes de l'acné rosacea ne sont pas les mêmes dans les deux sexes.

On est confirmé dans cette appréciation par ce fait que les symptô-

mes de la maladie chez les femmes présentent des différences constantes avec ceux que l'on observe chez les hommes. Chez les premières, l'acné rosacea ne dépasse jamais cet état que j'ai décrit comme constituant le premier degré de la maladie. Chez les derniers elle atteint les second et troisième degrés ; mais ceux-ci sont invariablement précédés de la forme qui est commune aux deux sexes et qui se manifeste seulement à des étapes plus avancées.

En outre, les occupations et le genre de vie de l'individu exercent une influence incontestable sur le développement de cette maladie. Elle est plus rare chez les habitants de la campagne que chez ceux des villes. Les personnes qui ont des habitudes de tempérance y sont moins sujettes que celles qui s'adonnent aux plaisirs de la table.

Mais bien qu'il soit évident que la maladie provienne plus souvent de causes internes que de certaines influences externes et locales auxquelles on l'a attribuée, il est cependant positif que l'acné rosacea peut être la conséquence d'une irritation continue de la peau.

Ainsi, l'on voit éclater la maladie chez des individus qui ont la figure exposée par tous les temps à l'inclémence du vent, du froid et de la pluie, chez les cochers, les conducteurs de cabriolet, les revendeuses, les journaliers, et autres artisans de cette classe, même lorsqu'ils ne sont pas particulièrement adonnés à l'ivrognerie et sans que l'on puisse supposer que les parties affectées aient été «brûlées de la gelée». Chez ces malades, l'acné rosacea se manifeste par une rougeur très-foncée de toute la face, n'affectant pas plus le nez, le front ou le menton que les autres parties.

Une autre classe de personnes, dont la figure présente souvent une coloration rouge intense, sont celles qui se sont soumises à la cure par l'eau froide pendant très-longtemps et avec beaucoup de persévérance. Il m'est, toutefois, impossible d'admettre avec Plenck qu'il soit nécessaire de donner, en ce cas, à la maladie un nom particulier (gutta rosea *hydropotatorum*), et je ne saurais non plus me rallier à son opinion lorsqu'il conseille à de tels malades de boire du vin, en quelque sorte comme un antidote de l'eau (1).

Une autre cause à laquelle on a rapporté l'acné rosacea est l'action de degrés élevés de chaleur, continuée pendant longtemps. Cependant il m'est impossible d'admettre cette influence. Il y a beaucoup de classes d'ouvriers, — telles que les boulangers, les forgerons, les chauffeurs (de machines à vapeur) et les verriers — dont les occupations les expo-

(1) « Plures curavi suadendo ut vinum bibere incipiant. » Plenck, *op. cit.*, p. 20.

sent constamment à une chaleur intense, mais chez lesquels je n'ai jamais rencontré d'acné rosacea (1), à moins qu'ils n'eussent aussi l'habitude de s'enivrer. Il m'est également impossible de supposer que la maladie puisse jamais provenir (comme Wilson (2) l'a avancé) « de l'usage de boissons froides lorsque le corps est en sueur, et de l'application locale de substances irritantes, » telles que les cosmétiques. Je ne dois pas non plus oublier d'exprimer mon dissentiment à l'égard de cette opinion qui fait dépendre l'acné rosacea d'une trop grande application à l'étude ou d'excitations morales.

Les seules causes que, d'après mon expérience, je reconnaisse comme réellement capables de donner naissance à l'acné rosacea sont les suivantes :

1° *Abus excessif des liqueurs spiritueuses.* — Il faut cependant faire remarquer qu'on ne peut poser aucune règle exacte quant à la quantité absolue nécessaire pour produire cet effet. Cela dépend beaucoup de la prédisposition individuelle.

J'ai déjà indiqué que les personnes qui boivent de l'eau-de-vie sont affectées d'une forme d'acné rosacea, différente de celle que l'on rencontre chez celles qui boivent du vin ou de la bière. De toutes les boissons alcooliques, le vin est celle qui donne lieu à la rougeur la plus intense du nez et des autres parties de la face. L'acné rosacea qui résulte de l'abus de l'eau-de-vie est, en général, circonscrite au nez. Les buveurs de bière en sont comparativement plus rarement atteints. Il n'est pas douteux non plus que certaines espèces de vin aient plus d'influence que d'autres pour la provoquer. Il en est ainsi, notamment des vins d'Autriche ou du Rhin, qui sont pauvres en alcool, mais contiennent une grande quantité d'acide tartrique et d'huiles volatiles ; tandis que la maladie survient bien moins fréquemment par l'usage des vins généreux et plus fortement alcoolisés de la Hongrie et de l'Espagne.

2° *Troubles de toute espèce dans les fonctions spéciales du sexe féminin.* — Dans un but de briéveté je choisis ce titre général, qui, bien que manquant de précision, est, je pense, suffisamment intelligible, quoiqu'on doive regretter que nos connaissances sur les désordres en ques-

(1) Les ouvriers verriers ont sur les parties proéminentes de la face, le nez, les pommettes, un érythème habituel accompagné de desquamation, érythème que l'on a bien pu confondre avec l'une des nombreuses formes de l'acné rosacea. Quelque nom qu'il lui faille donner, cette éruption est bien réellement l'effet de la profession, de la constante exposition au feu que celle-ci nécessite ; car il suffit à ces ouvriers de quitter un mois leur travail pour que l'érythème guérisse, comme aussi il leur suffit de le reprendre pour que, au bout de peu de jours, ce mal tout local reparaisse. (A. D.)

(2) *Op. cit.*, p. 668.

tion ne soient pas assez avancées pour nous permettre de les définir avec plus d'exactitude.

Des recherches faites avec soin ont démontré que, jeunes ou vieilles, les femmes qui sont atteintes d'acné rosacea souffrent en général de troubles menstruels. Quant à la nature exacte de ces troubles, on est le plus souvent obligé de rester dans l'ignorance. La raison en est en partie dans l'impossibilité, ou du moins dans la difficulté de procéder à un examen direct chez les femmes non mariées; en partie en ce que l'on a rarement l'occasion d'observer les malades pendant un temps suffisant; en partie dans cette circonstance que les renseignements qu'elles fournissent elles-mêmes sont souvent inexacts et de peu de valeur. Je rappellerai simplement, comme exemple, combien il est rare d'obtenir des réponses satisfaisantes et dignes de confiance lorsque l'on demande à une jeune femme si sa menstruation est régulière ou irrégulière, douloureuse ou non, faible ou abondante. D'après mon expérience, le plus ordinairement elle répond, dans le premier cas, qu'*elle est parfaitement réglée;* tandis que plus tard elle pourra avouer qu'il en est tout autrement, si on l'interroge avec plus de persistance, ou lorsqu'elle est avec son médecin dans des termes plus intimes. Ceci, d'ailleurs, n'a rien que de très-naturel, et l'on doit l'attribuer plutôt à la façon dont la question est posée qu'à un désir de tromper de la part de la malade.

Une demande énoncée en termes généraux présuppose, pour qu'il puisse y être répondu correctement, que la malade elle-même sait exactement comment et quand, à l'état normal, l'époque menstruelle devrait apparaître, combien de temps elle devrait durer, et quelle devrait être la longueur des intervalles.

Mais évidemment c'est là trop exiger d'une jeune fille. La meilleure manière est de poser des questions précises et définies, telles que celles-ci : « — Quand avez-vous été indisposée pour la dernière fois ? » « — Combien de temps les règles ont-elles duré ? » « — Au bout de combien de jours reviennent-elles, en général ? » « — Sont-elles précédées ou accompagnées de douleurs ? » « — Souffrez-vous de pertes blanches avant ou après, ou même pendant tout l'intervalle ? » «—Quelle est la quantité, la nature et la coloration de cet écoulement ? » « — Quand attendez-vous le retour de vos époques ? » Et ainsi de suite. Le résultat d'une enquête poursuivie en ces termes sera, en général, de démontrer que les femmes elles-mêmes ne sont que très-peu au courant de ces questions; mais c'est le seul moyen d'obtenir les renseignements que l'on demande, et que, dans leur intérêt, il est in-

dispensable d'avoir. Au besoin, le médecin doit recommander à sa malade d'observer tout ce qui, dans sa santé, se rapporte aux questions ci-dessus, de telle sorte que, au bout de quelque temps, il soit en mesure de déterminer quel devrait être l'état normal des fonctions sexuelles dans son cas spécial, et d'établir ses prescriptions en conséquence.

On reconnaîtra alors que chez les jeunes filles qui souffrent d'acné rosacea, les époques ne sont pas invariablement supprimées ou faibles, qu'elles sont, au contraire, tout aussi souvent excessives ou trop fréquentes.

En outre, on sait parfaitement que les troubles menstruels ne sont eux-mêmes que le résultat de conditions morbides où se trouvent les organes de la génération, ou consécutives à ces altérations; et il est par conséquent inexact de considérer ces déviations fonctionnelles comme les *causes* de l'affection cutanée que j'examine. Le premier but du médecin, vraiment scientifique, doit être de découvrir quelle est la nature de l'état pathologique primitif; car c'est contre lui que l'on doit diriger le traitement. Mais c'est ici, au contraire, règle générale, que s'arrête l'investigation. Il est rare que l'on puisse déterminer la présence d'une maladie réelle quelconque des organes de la génération, les symptômes n'étant en général constitués que par une légère distension de l'abdomen, de la douleur dans la région ovarique (s'étendant quelquefois à toute la région hypogastrique, même à celles du foie, de la rate et de l'estomac, et jusqu'au sacrum), des sensations de pesanteur (comme si un corps volumineux sortait par le vagin), et ainsi de suite. Si l'on peut examiner les parties à l'aide du spéculum ou avec le doigt, on trouvera quelquefois qu'il existe un déplacement de l'utérus, une antéflexion ou une rétroflexion, ou que la portion vaginale de la matrice est indurée ou excoriée à un haut degré, ou même qu'il y a des ulcérations sur le contour de l'orifice externe.

Cependant les médecins, gémissant depuis des siècles sur l'insuffisance des moyens à leur disposition pour le diagnostic des affections des organes internes de la génération chez la femme, ont en conséquence admis l'existence d'une maladie utérine, ou « hystérie », « *cum et sine materia* ». Or, pour ceux qui connaissent ce fait, il ne sera nullement absurde d'admettre que l'acné rosacea peut provenir d'un pareil état de causes « hystériques ». Comme argument additionnel à l'appui de cette opinion, je ferai remarquer que souvent on observe distinctement, dans l'intensité de l'affection cutanée, des modifications liées avec les variations que présentent les fonctions des organes générateurs. Par exemple, l'acné rosacea n'existe chez cer-

taines personnes que pendant la semaine qui précède la menstruation, chez d'autres seulement durant la grossesse, chez d'autres encore pendant la période où elles ne sont pas enceintes. Quelquefois, lorsque l'acné rosacea est survenue chez une femme non mariée, elle disparaît aussitôt que celle-ci entre en ménage. D'autres fois, enfin, elle se manifeste pour la première fois quand la malade devient veuve ou à l'approche de la période climatérique.

Ainsi l'on peut, pour certains cas d'acné rosacea, signaler des causes d'une nature plus ou moins définie. Mais dans d'autres circonstances, il est impossible de découvrir aucun état auquel on puisse, avec une probabilité quelconque, rapporter la maladie. Dans les deux sexes, et à toutes les périodes de la vie (excepté, il est vrai, durant l'enfance), elle apparaît assez fréquemment sans que l'on puisse l'attribuer avec la plus légère probabilité soit à la boisson (chez les hommes), soit au dérangement des fonctions sexuelles (chez la femme). Dans ces circonstances, la cause de la maladie reste complétement inconnue.

Pour ma part, je confesse franchement mon ignorance à cet égard; préférant formuler cet aveu plutôt que de répéter sans cesse, avec d'autres auteurs, des noms et des phrases sans signification ou manquant absolument de preuves ; tels que la stase du système de la veine porte, *plethora abdominalis*, scirrhus ventriculi (Fuchs), la congestion de la tête, les affections hémorrhoïdales, les écarts habituels de régime, l'abus des viandes acides, fumées ou fortement assaisonnées, l'usage du fromage ou du porc gras, etc.

Toutefois, ainsi que je l'ai déjà dit, il est vrai que l'acné rosacea peut être provoquée par certaines influences nuisibles, affectant directement la peau. Au nombre de ces dernières se trouvent une exposition prolongée et réitérée au froid à l'air libre, et la cure par l'eau froide. D'un autre côté, je ne saurais admettre que la maladie soit jamais une conséquence de la congélation partielle du nez (*gutta rosea pernionalis*), car j'attribue à d'autres causes (celles que j'ai énumérées ci-dessus) l'aspect rouge de l'extrémité de cet organe chez quelques femmes et jeunes filles. Je ne crois pas non plus que l'acné rosacea puisse être occasionnée par l'emploi de savon de mauvaise qualité, ou par l'application de cosmétiques. J'ai connu des acteurs comiques qui, pendant plusieurs années, s'étaient barbouillé la face chaque soir avec différentes substances, sans qu'il en soit jamais résulté aucune lésion de la peau. Les auteurs qui ont attribué à de semblables applications une action si fâcheuse ont sans doute ignoré comment on emploie ces cosmétiques. On ne les applique pas directement sur la surface cutanée,

mais on étend d'abord sur la face une légère couche de graisse, qui se trouve ainsi interposée entre la matière colorante et la peau (1).

Traitement. — Dans cette maladie on a bien peu de chose à espérer des remèdes internes. Il est vrai que tous les ouvrages de pathologie interne qui s'occupent de l'acné rosacea recommandent les purgatifs et les laxatifs ainsi qu'un régime restrictif, et que l'on assure avoir obtenu de bons effets de la saignée du pied, de l'application de sangsues aux *alæ nasi* et derrière les oreilles (Fuchs), de l'administration de l'arsenic et même des émétiques. On a vanté d'autres remèdes que l'on regardait comme purificateurs du sang, tels que la *viola tricolor*, la *cochleria officinalis*, le *trifolium fibrinum*, le *nasturtium aquaticum*, la *dulcamara* et la *bardana*. Mais, à ce que je crois, personne n'a jamais vu ces remèdes réussir même momentanément, quel que soit le temps pendant lequel le malade a continué de les prendre.

Cependant, lorsqu'il existe de l'aménorrhée ou que les époques sont peu abondantes ou qu'il y a constipation, il faut prescrire l'aloès. Mais on administrerait nécessairement ce remède dans de telles circonstances lors même qu'il n'y aurait pas d'acné rosacea; car l'aloès n'a aucune action directe sur cette maladie, ne la modifiant qu'autant qu'elle provient de l'affection abdominale qui donne lieu à la constipation. Suivant quelques auteurs, la guérison peut être favorisée par l'usage de bains et de douches de vapeur, des bains sulfureux artificiels ou naturels, ou des douches d'eau sulfureuse.

Dans les paragraphes précédents, j'ai établi que l'acné rosacea se présente sous différentes formes et peut dépendre de causes variées. Il en résulte nécessairement que le traitement doit être modifié suivant les cas.

Ici, comme partout en thérapeutique, l'*indicatio causalis* est de la plus grande importance. A ceux qui boivent du vin ou de la bière, ou qui mangent avec excès, il faut conseiller de vivre avec plus de tempérance. Il importe de recommander à ceux qui ont subi un traitement hydrothérapique de se servir de l'eau avec plus de modération, bien que l'on doive (comme Plenck le suggère) les inciter à boire du vin. Chez les femmes, il est essentiel, autant que possible, de mettre ordre à toute lésion des fonctions sexuelles.

Mais aucune de ces précautions ne fait beaucoup pour rendre à un

(1) L'observation est parfaitement juste; mais l'action excitante ne se trouve par là qu'atténuée. Car d'abord le contact de ce corps gras pendant plusieurs heures et l'obstacle qu'il apporte à la perspiration cutanée constituent une cause réelle de maladie. Et en second lieu, l'obligation de se débarbouiller le soir, d'enlever cette couche grasse, est un autre agent non moins puissant du développement d'une dermatose. (A. D.)

nez rouge sa coloration blanche naturelle ; et, d'après mon expérience, les remèdes appliqués directement sur les parties affectées sont les seuls dont on puisse attendre la guérison.

Or, il est très-important d'adapter ces remèdes aux degrés variables d'intensité que la maladie présente.

Pour l'acné rosacea du *premier* degré, — dans lequel la maladie est récente, n'est point accompagnée de changements considérables des tissus cutanés, et consiste simplement en une rougeur et une plus grande vascularisation des parties affectées, ces symptômes étant légers et n'existant souvent qu'à certaines époques, — le *soufre* (comme Alibert l'a enseigné depuis longtemps) est le meilleur topique,— que la maladie soit ou non compliquée d'une acné ordinaire. Je le prescris de la même manière et dans la même proportion que dans l'acné ordinaire et le sycosis : sous forme de savon, de pommade, ou encore d'une solution de foie de soufre. Le meilleur moment pour faire ces applications est celui où l'on se met au lit. Il faut d'abord laver soigneusement la partie avec du savon et de l'eau, frictionner ensuite fortement avec le remède les points affectés, et ne l'enlever par le lavage que le lendemain matin.

Toutes ces méthodes de traitement déterminent une vive irritation. Aussi, après que l'on a appliqué deux ou trois fois un remède ainsi composé, son effet apparent est d'augmenter la rougeur de la peau, et de provoquer la desquamation épidermique. Il est par conséquent nécessaire d'en suspendre l'emploi pour quelque temps, jusqu'à ce que la réaction ait diminué. Une bonne méthode est de ne s'en servir que certains jours de la semaine (1), ne faisant rien les autres jours ou se bornant à graisser les parties affectées avec du cold cream ou avec quelque pommade émolliente.

L'efficacité du soufre, dans le traitement de l'acné rosacea, a été mise à profit dans la fabrication de divers cosmétiques tels que la « Kummerfeld'sche Waschwasser », le « lait sicilien », etc. Tous contiennent du soufre et possèdent les vertus de cette substance (2).

(1) L'habitude, la dose des médicaments, la force avec laquelle on frictionne, la sensibilité de la peau, etc., toutes ces conditions variables exerçant une influence sur la durée ainsi que sur l'intensité de l'irritation qui suit l'application du topique, il est irrationnel d'en ordonner l'emploi à certains jours réglés d'avance. La seule manière d'utiliser cette irritation,—précieux moyen de guérison quand elle est méthodiquement suscitée et réfrénée, — est de prévenir le malade qu'elle aura lieu ; de lui enseigner jusqu'à quel point il devra la porter avant de l'arrêter en suspendant l'emploi du topique ; enfin de lui dire aussi à quel moment il devra, ensuite, reprendre l'usage de celui-ci. (A. D.)

(2) On peut remarquer que t s ils donnent une teinte noire aux préparations con-

Une autre substance, que l'on peut employer dans le traitement de l'acné rosacea, est l'iodure de soufre. Ce sont les Français qui l'ont préconisé les premiers ; on peut l'appliquer de la même manière que dans l'acné ordinaire (1), mais c'est un remède douloureux et désagréable pour le malade ; et il ne possède aucune supériorité sur les autres préparations de soufre.

Au nombre des autres applications locales usitées contre l'acné rosacea du premier degré, il faut également mentionner celles contenant du sublimé corrosif, telles que la « *lotion orientale* » (Orientalische Waschwasser). Je l'ai déjà décrite au chapitre sur l'acné (2), et l'on peut s'en servir de la même manière que dans cette maladie. Cette remarque s'applique aussi aux autres préparations mercurielles dont j'ai parlé, à l'*Empl. mercuriale*, au précipité blanc, et à l'*Ung. Rochardi*, préparé avec le deuto-iodure *in statu nascenti*.

Il ne faut, d'ailleurs, jamais oublier que ces divers remèdes sont tous d'une nature plus ou moins caustique et que l'effet immédiat de leur application est en apparence de faire du mal et non d'améliorer l'état de la surface malade. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que le bien qu'ils déterminent devient visible. Il est donc prudent de prévenir le client, afin qu'il ne soit pas déconcerté par l'aggravation apparente de sa maladie, qu'il ne perde pas confiance en son médecin et qu'il ne manque pas de persévérer de façon à mener le traitement à bonne fin.

Dans l'acné rosacea du *second* degré, accompagnée d'une téléangiectasie étendue et même d'excroissances volumineuses, il est essentiel, en premier lieu, de détruire les veines dilatées, ou du moins de les oblitérer. Le procédé le plus rapide pour y arriver est de pratiquer un grand nombre d'incisions avec un bistouri à lame étroite et tranchante ou avec un couteau à cataracte, de manière à sectionner longitudinalement les veines dilatées, surtout celles dont les orifices sont distinctement visibles, étant gorgées de sang. Il faut alors avoir soin de laisser couler le sang pendant un certain temps et de toucher ensuite les parties avec une brosse imbibée de *liquor ferri perchloridi*. La réaction consécutive à ce procédé est très-légère, notamment lorsque l'opération n'est pas faite trop à la hâte, mais qu'on la pratique en plusieurs séances, en ayant soin de couper au début les plus grosses veines, et ensuite

tenant du plomb, par la combinaison du soufre avec ce métal pour former un sulfure noir. Aussi, toutes les fois que l'on emploie un des liquides en question, faut-il avoir soin d'éviter l'usage de pommades ou de fard renfermant du plomb.

(1) Voyez page 730.

(2) Voyez page 732.

celles qui sont plus petites, jusqu'à ce qu'enfin tous les vaisseaux sanguins aient disparu.

Cette méthode de traitement diminuera souvent directement la rougeur et déterminera l'affaissement de quelques protubérances. Lorsqu'elle est insuffisante, il faut répéter les scarifications et enlever toutes les excroissances pédiculées. Par ce procédé le nez reviendra à sa forme normale, et, s'il reste de la rougeur, on pourra la faire disparaître à l'aide des mêmes applications que celles auxquelles on a recours dans l'acné rosacea du premier degré.

Il reste à parler du traitement à employer lorsque la maladie est arrivée au *troisième* degré. Le nez a alors perdu sa forme primitive ; il a considérablement augmenté de volume, bien que les os et les cartilages soient restés indemnes. Même dans ce cas on peut inciser la peau épaissie et hypertrophiée autant que cela est nécessaire pour réduire la partie à un état supportable. La méthode à mettre en œuvre consiste à enlever un lambeau triangulaire des téguments du *dorsum nasi.* On pratique une incision longitudinale depuis la racine du nez jusqu'à son extrémité, et l'on dissèque d'un côté et de l'autre des tissus sous-jacents, de manière à pouvoir exciser deux lambeaux en forme de coins. On rapproche ensuite les bords de la plaie sur le *dorsum.*

On modifiera nécessairement l'opération suivant les cas particuliers, comme, par exemple, lorsque l'hypertrophie n'affecte pas d'une manière égale les deux côtés. J'attache aussi de l'importance à rappeler que, puisque les tissus sous-cutanés sont sains dans l'acné rosacea, il suffit d'enlever la peau. Le chirurgien n'aura donc aucune raison de redouter de faire l'opération puisqu'elle ne présente aucune espèce de danger.

CHAPITRE XXV

ÉRUPTIONS PUSTULEUSES.

Dermatoses pustulosæ. — Impetigo (Pustelflechte) et Ecthyma (Eiterblasen).

Historique. — Le sens que l'on attache aujourd'hui au mot « pustule » est très-différent de celui que lui attribuaient les anciens médecins ainsi que ceux du moyen âge. Actuellement, le nom de pustule s'applique exclusivement à quelque intumescence contenant de la ma-

tière, c'est-à-dire un liquide d'une coloration jaune paille. Mais autrefois on prodiguait ce terme, et il servait à désigner presque chaque espèce d'éruption, qu'elle consistât soit en simples nodules (*tubercula*) solides rouges, blancs ou jaunes, soit en un liquide purulent jaune situé sous l'épiderme.

Ainsi, on trouve dans Hippocrate un chapitre : *De pustulis pruriginosis*, renfermant l'aphorisme : *latæ pustulæ non admodum pruriginosæ* (τὰ πλατέα ἐξανθήματα οὐ πάνυ τι κνησμώδεα) (1). On l'explique de la manière suivante : « *Pustulæ latæ*, *expansæ*, *depressæ; acuminatæ*, *sublimes*, *fastigiatæ.* » On donnait le nom de pustuleuse à l'éruption de la rougeole et à celle de la variole. On disait que la matière contenue dans les pustules acuminées et conglomérées (*acuminatæ*, *coactæ*) était de l'*humor biliosus*, *calidus*, *tenuis*, tandis que l'on décrivait comme *pituitosus*, *crassus et frigidus* celle des pustules plates.

Galien (2) emploie le terme *pustulæ*, non-seulement pour désigner une affection de la peau, mais aussi comme synonyme d'*hydatides*, titre sous lequel il décrit un état répondant évidemment à l'exsudation péricardiale (3). De sorte que, à son époque, il est certain que le mot pustule n'était pas exclusivement réservé aux cas de maladies de la peau.

On trouve dans Celse un chapitre : *De pustularum generibus ;* et là, pour la première fois, sont complétement décrits les caractères de ce produit morbide, si bien que les auteurs qui se sont succédé ont toujours cité ce passage (4). Il distingue quatre espèces de pustules :

1° Celles qui ressemblent aux éruptions produites par la sueur et les piqûres d'orties, et qui sont rouges ou présentent la même couleur que le reste de la peau ;

2° Celles qui ont une teinte livide, pâle, noire ou toute autre coloration anormale. Elles contiennent toutes un liquide ; et, après leur rupture, les tissus sous-jacents apparaissent ulcérés. On les appelle φλύκταιναι ou ἑλκώδεις ;

3° Celles qui sont un peu dures, blanches et acuminées, et dont on peut faire sortir, par compression, un liquide sanieux, purulent ou mélangé. On les désigne sous le nom de φλυζάκια ;

(1) Sectio VI, Aph. IX.

(2) « In cute vero nunc pustulas excitat, nunc pruritum movet (*sc.* excrementorum retentio). » Galeni Pergameni ars medica, quæ et ars parva dicitur, Ludgdunii Batavorum, 1561, p. 505.

(3) « Tegumenti cordis pustulæ, quas, quia tenui aquosoque humore plenæ sunt, hydatides appellant. » — *Ibid.*, p. 367.

(4) « Aurelii Cornelii Celsii de Medicina libri octo. » Lausannæ, 1772, lib. V, cap. 28.

4° La plus mauvaise espèce de pustules, appelées ἐπινύκτιδες, bleuâtres, foncées ou blanches. Il se développe autour de ces dernières une vive inflammation, et leur déchirure laisse voir au-dessous une surface corrompue (*exulceratio mucosa*), de la même couleur que le liquide excrété.

Paul d'Égine étend le mot *pustulæ* aux éruptions ne contenant pas de pus. Car, tout en parlant des pustules proprement dites, il mentionne également, comme distinctes de celles-ci, *pustulæ citra saniem* (op. cit., lib. IV, cap. 1), et les compare avec les ἐκζέματα, εκζέσματα, περιζέματα des Grecs.

Les auteurs Arabes distinguent les pustules en bénignes et malignes ; et les plus célèbres appliquent, chacun selon son bon plaisir, quelque dénomination spéciale à la même espèce d'éruption. Ainsi, Avicennes (1) emploie les termes *essera, saire* et *botor;* d'après cet écrivain, *essera* indique des pustules avec une matière plus âcre et lymphatique, mêlée aussi à du sang, tandis que *botor* se rapporte à des pustules d'un volume plus considérable, remplies de véritable pus — caractères qui ont conduit quelques auteurs à supposer qu'il s'agissait dans ce cas des pustules de la variole.

Rhazès (2) appelle les pustules *apantas*, mais il en parle également sous le nom de *sera*. Hali Abbas, d'un autre côté, se sert des termes *sera noctis* comme équivalents des ἐπινυκτίς des Grecs. Mais il est évident que ces écrivains ne restreignaient pas le sens de ces mots à quelques éruptions spéciales, ou même aux éruptions de la peau seules, car Avicennes parle dans quelques passages de *botor pulmonis, stomachi et aliarum partium.*

Dans le cours du moyen âge, le mot pustule servit également à désigner différentes affections cutanées. Quelques auteurs, comme Gorreus, se bornent à reproduire la description donnée par Celse, tandis que Fernelius (3) les définit comme des élevures arrondies, formant une légère saillie au-dessus du niveau de la peau. En outre, cet auteur distingue deux espèces de pustules — celles humides (*humidæ*), qui renferment un liquide transparent (*humor*), sanie ou pus ; et les sèches (*siccæ*), ne produisant aucune sécrétion. Il range dans la première division les *Hydroa*, les *Ephelides*, les *Phlyctænæ s. Phlyctides*, les *Epinyctides*, et les croûtes qui surviennent après leur déchirure et la dessiccation de leur contenu (*scabiei genera*). Parmi les dernières il compte les

(1) *Op. cit.*, lib. X.
(2) *Op. cit.*, lib. VI.
(3) *Op. cit.*, lib. VII, cap. 5. « Quidquid rotundo schemate leviter in cute extuberat. »

exanthèmes, le pruritus et certaines espèces d'acné et de verrues (*vari et verrucarum quædam genera*).

Il n'existe aucune définition du mot pustule dans les œuvres de Mercurialis. En effet, cet auteur désigne, en général, les maladies qui, dans les temps classiques, étaient connues comme « pustulæ », par les mots de *Porrigo, Achor, Favus, Tinea, Psydracia, Helchydria, Ulcuscula*, etc.

Lorry qui, en règle générale, met plus de soins que ses prédécesseurs à distinguer les diverses formes d'éruption, et qui avait à sa disposition un choix plus considérable de noms qu'eux, décrit dans un chapitre séparé ces tumeurs qui donnent lieu à la formation de pus ou de tout autre liquide. Le premier, il parle de *pustulæ* proprement dites, et ensuite d'une seconde espèce d'éruption qu'il donne comme équivalent aux φλυζάκιον des Grecs, aux φλὺκταινα et aux φλυκτις de Celse; comprenant, sous cette dernière dénomination, χὰλαζα et ἵδρωα aussi bien que ἐξανθηματα κνησμὼδεα ὣσπερ πὺρι καῦστα (pustulas combustorum). De plus, il considère comme une espèce distincte des deux précédentes, les *pustulæ inflammatoriæ*, τερμίνθοι et ἐπινὺκτιδες.

Il ressort évidemment de cette classification que, à l'époque de Lorry, le mot pustule n'était plus appliqué indistinctement à chaque affection cutanée, mais impliquait déjà une forme particulière d'éruption avec un liquide spécial.

Plenck définit cette expression avec encore plus de précision, lorsqu'il dit : « *Pustulæ sunt tumores exigui, rubri vel flavi, quorum apex in pus vel crustam purulentam abit.* » Son intention de réserver cette dénomination aux élevures de l'épiderme remplies de pus ressort clairement de ce fait que, dans le paragraphe qui suit cette définition, il traite des pustules de l'acné, de la gale, de la variole et de la varicelle, et, en outre, d'une cinquième espèce, « terminthi », qu'il décrit comme *pustulæ nigricantes et ardentes*.

Mais Willan a, sans aucun doute, donné la définition la plus exacte et la plus précise des pustules dans les termes suivants : — « Pustule : élevure de l'épiderme, avec une base enflammée, contenant du pus. Les pustules présentent un volume variable, mais le diamètre de la plus grosse excède rarement deux lignes. »

Il admet quatre variétés de pustules :

1° *Phlyzacium*, la plus volumineuse ; elle contient du pus, et repose sur une base dure, circulaire et enflammée, d'une coloration rouge luisante. Après la dessiccation de son contenu il reste une croûte dure, épaisse et foncée ;

2° *Psydracium*, petite et irrégulièrement circonscrite, ne déterminant qu'une légère élevure de l'épiderme, et se terminant par une croûte lamelleuse ;

3° *Achor*, une pustule acuminée d'une grosseur intermédiaire, contenant un liquide couleur de paille, qui a l'aspect et presque la consistance du miel. Elle survient habituellement autour de la tête et elle se termine par une croûte mince, brune ou jaunâtre. On donne à ces pustules le nom de *Ceria* ou *Favi* lorsqu'elles atteignent le volume des phlyzacia ;

4° *Phlyctis*, une petite pustule, reposant sur une base circulaire, légèrement enflammée, et renfermant une lymphe transparente, ou analogue à du lait caillé, verdâtre ou couleur de perle.

Plenck et Willan employaient le sens défini et limité de pustules pour désigner un groupe d'affections cutanées, dans le cours desquelles surviennent des pustules ; et pendant que Plenck, comme on l'a vu, divise cette classe en cinq genres, Willan (et Bateman, le continuateur de son ouvrage) ont adopté une classification semblable, appelant les cinq espèces de maladies pustuleuses : impetigo, porrigo, ecthyma, variola et scabies.

On doit considérer comme très-malheureuse l'idée de cette association entre maladies aussi différentes dans leur nature que dans leur forme. Mais il est encore plus regrettable que Willan et ses successeurs n'aient jamais pris la peine d'exclure des subdivisions des cinq genres certaines affections qui, de l'aveu de tous, ne sont nullement pustuleuses.

Ainsi, Willan et Bateman ont placé dans leur second genre, porrigo, les suivants :

1° *P. larvalis* (pl. 37), ou ce que je désignerais sous le nom d'eczéma impétigineux de la face ;

2° *P. furfurans* (pl. 38), un cas d'*Eczema rubrum et squamosum* de la face et des oreilles, sans production aucune de pustules ;

3° *P. scutulata* (pl. 39), une affection que l'on sait aujourd'hui dépendre de la présence de fungi, et que Cazenave a appelée *Herpes tonsurans*, Malmsten *Trichophyton tonsurans*, mais que l'on n'a jamais vue produire de pustules ;

4° *P. decalvans*, une affection sans aucun autre symptôme que la perte des cheveux, et mieux nommée *Alopecia areata* ;

5° Enfin, *P. favosa* de la tête et de la face (pl. 41 et 42), dans lesquelles, sans doute, il survient des pustules et des croûtes, mais où il existe aussi des surfaces rouges et humides. En réalité, comme je l'ai déjà démontré (p. 533), il faut le regarder comme un *Eczema impetiginosum*.

Mais l'association même de maladies aussi hétérogènes pour former des espèces d'un seul et même genre, n'est pas répréhensible à l'égal de la manière dont les mêmes auteurs ont décrit des affections exactement semblables sous des noms complétement différents. Ainsi, si l'on compare les descriptions et les dessins de l'impétigo, et notamment de l'*I. sparsa* et de l'*I. figurata*, avec la description du *Porrigo favosa*, il devient évident que ni l'un ni l'autre de ces écrivains n'auraient été à même de signaler une distinction quelconque entre ces affections au lit du malade, à moins de considérer comme telle la différence de siége. Ou si l'on compare encore les dessins et la description de l'*Ecthyma vulgare* et de l'*E. luridum* (pl. 43) avec ceux de la *scabies purulenta* (pl. 46), les mêmes larges pustules phlyzaciées qui, sur les extrémités inférieures, servent à caractériser l'ecthyma sont considérées comme des signes diagnostiques de la gale lorsqu'elles surviennent aux mains.

Les auteurs de la période suivante ont apporté quelques modifications dans l'arrangement de ces genres ; mais, par là, ils n'ont fait qu'augmenter la confusion. Ainsi, même Bateman a ajouté aux espèces d'impétigo créées par Willan (*I. figurata, sparsa* et *scabida*), *I. erysipelatodes*, et *I. rodens.* Ensuite on inventa le *Porrigo lupinosa*, correspondant à notre favus, et finalement l'*Ecthyma infantile*, tous les deux complétement inutiles.

Plumbe décrit les maladies pustuleuses sous les noms de *Porrigo larvalis*, *P. favosa* et *Impetigo*, et il pense avoir réalisé, sur ce point, un progrès en expliquant que l'ecthyma et le rupia sont identiques.

Alibert, qui, comme on le sait, a publié à deux périodes de sa carrière deux classifications distinctes des maladies de la peau, a formé, dans son premier système, une subdivision du groupe général de « dartres » ou herpetes, appelée dartres pustuleuses. Cette subdivision comprenait les diverses formes d'acné, ainsi que d'autres affections pustuleuses correspondant à l'impétigo de Willan. Mais, en même temps, dans sa dernière classe, *Psora*, il parle d'une psoride pustuleuse, et décrit l'ecthyma de Willan sous la dénomination de psoride croûteuse, sordide, qu'il représente dans la dernière planche (n° 53) de son Atlas. Dans son second système, Alibert décrit, dans la cinquième subdivision de la première classe des eczématoses, une affection pustuleuse sous le nom de phlyzacion, qu'il dit être synonyme de l'ecthyma de Willan ; et plus loin, il donne au troisième groupe de sa quatrième classe, le nom de mélitagra, et le fait correspondre à l'impétigo de Lorry, de Willan, de Plumbe et de Bateman. Enfin, dans le premier

groupe de sa troisième classe, *Dermatoses tineosæ*, il parle de l'achor comme d'une affection connue vulgairement sous le nom de « gourme», *Porrigo larvalis* de Willan.

De sorte que, pendant qu'Alibert faisait divers changements dans la nomenclature des maladies pustuleuses, il n'ajoutait rien, sur ce chapitre, aux progrès de la dermatologie.

Biett range parmi les *pustulæ*, outre la variole et la vaccine, l'ecthyma, l'impétigo, l'acné, la mentagre et le porrigo. Il croit qu'il est de la plus haute importance d'insister sur la distinction exacte existant entre les caractères des pustules. Ainsi, d'après cet auteur, les phlyzacia sont caractéristiques de l'ecthyma, les psydracia de l'impétigo, et les pustules « faveuses » du porrigo, tandis que celles de l'acné et de la mentagre sont plus acuminées, et ont une base plus large. Il admet seulement deux espèces de porrigo : *P. favosa* et *P. scutulata*, considérant que celles-ci seules présentent des particularités que l'on n'observe dans aucune autre espèce d'affections pustuleuses. Toutefois par *P. favosa*, il n'entend évidemment pas désigner la maladie, ainsi appelée par Willan, mais le *Favus vulgaris* d'Alibert.

Les opinions de Willan et de Bateman sur les affections pustuleuses, ainsi modifiées par Biett, furent pendant longtemps admises, et on les trouve reproduites par les derniers auteurs de tous les pays.

Rayer changea la nomenclature de Biett en remplaçant le terme *Favus* par *Porrigo favosa*, mais il supposait que l'affection commence par des pustules. Il divisa l'ecthyma en aigu et chronique, et insista sur ses caractères distinctifs ; mais il fut aussi le premier à abandonner complétement les termes tinea et porrigo, décrivant comme impétigo ou favus les maladies qui avaient été jusqu'alors connues sous ces dénominations.

Fuchs, tout en se conformant à la classification de Willan, ajouta un certain nombre de variétés secondaires d'affections pustuleuses, sans qu'aucune d'elles, toutefois, fût dotée de caractères réellement distinctifs. Ainsi, il est impossible de voir en quoi son *Impetigo faciei lactea* diffère d'un eczéma impétigineux, et on peut en dire autant de son *Impetigo achor mucosus* et *granulatus*. Quant à sa division de l'ecthyma en *E. vulgare*, *E. antimoniale* et *E. pseudopsora*, et quant aux signes extérieurs d'après lesquels on peut reconnaître ces variétés, Fuchs ne nous l'a pas indiqué et il m'est impossible de le dire.

Tous les dermatologistes modernes sont imbus des mêmes doctrines;

de sorte qu'il n'existe pas un seul ouvrage français, anglais ou allemand consacré à ce sujet, d'une manière exclusive ou en partie, qui n'admette l'ecthyma et l'impétigo comme des affections pustuleuses indépendantes.

Cazenave et Schedel, Chausit, Duchesne-Duparc, Devergie, Gibert, Green, Thomson et Erasmus Wilson, «le plus distingué des dermatologistes anglais, dans les nombreuses éditions et révisions de son ouvrage» — tous nous donnent les mêmes noms et les mêmes caractères. M. Wilson a soin d'établir une distinction entre les pustules que l'on peut reconnaître comme telles dès le début, et celles dont le point de départ consiste en vésicules; et il insiste sur ce fait que les premières seules sont caractéristiques de l'impétigo. Mais je voudrais bien savoir comment il est possible, en présence d'une pustule, de reconnaître si elle a commencé par un point de suppuration sous l'épiderme, ou si elle contenait d'abord un liquide transparent qui est devenu ensuite purulent. Ce n'est là, par le fait, qu'une de ces *phrases de doctrinaire*, que l'on rencontre malheureusement si souvent en dermatologie, et (pour nous consoler) presque aussi fréquemment que dans d'autres branches de la médecine, — énoncés purement théoriques, qui ne servent qu'à embarrasser les étudiants, et non à faire progresser la science.

L'impossibilité d'établir une distinction entre les pustules qui sont telles dès leur début, et celles qui résultent de la transformation de vésicules ou de quelque autre forme d'éruption — notamment dans les cas où il existe simultanément sur la peau des pustules et des vésicules, — cette impossibilité rend non-seulement désirable, mais réellement nécessaire, de réunir tous ces cas sous la même dénomination comme variétés impétigineuses de l'eczéma ; et c'est ce que je me suis efforcé de faire dans le dix-neuvième chapitre de cet ouvrage.

Mais bien que, en procédant ainsi, on laisse de côté une partie de ce qu'on appelle impétigo, y comprises les espèces décrites par les auteurs sous les noms d'*I. erysipelatodes*, *I. erythematica*, *I. faciei rubra*, *Achor mucosus* et *A. granulatus*, — il reste encore à expliquer ces éruptions pustuleuses qui surviennent aux extrémités, et qu'on a désignées jusqu'à ce jour sous les noms d'*Impetigo sparsa* et d'*Ecthyma*. Ce n'est, toutefois, seulement que dans un très-petit nombre de cas et dans des conditions définies qu'il est nécessaire de les admettre à titre de maladies *sui generis;* tandis qu'en général, je crois qu'il est bien préférable de les considérer comme très-intimement liées à certaines conditions morbides.

Pour expliquer mes opinions à ce sujet, il est nécessaire de s'informer dans quelles circonstances surviennent ces éruptions pustuleuses qui présentent le caractère de psydracia et de phlyzacia, discrètes ou réunies par groupes et occupant le tronc ou les extrémités, mais en général ces dernières. Ainsi :

1° Le plus grand nombre de ces éruptions pustuleuses apparaissent dans le cours de maladies qui sont caractérisées par d'autres signes, et non par des pustules seules. Il en est ainsi, par exemple, des pustules de l'*eczema*. Quant à ceux qui voudraient établir une distinction entre l'*Eczema capillitii* et l'*Impetigo capitis* d'après les croûtes et les pustules qu'ils voient sur le cuir chevelu, je les prierais de différer leur diagnostic jusqu'à ce que, à l'aide de topiques convenables, ils aient enlevé tous les autres produits morbides existant à la surface cutanée. Lorsque cette surface se trouve ainsi mise à nu, un observateur impartial n'appellera certainement plus la maladie impétigo, mais sera forcé de dire que c'est un eczéma, et la variété connue sous le nom d'*E. rubrum*. Quiconque répétera cette simple expérimentation admettra, comme moi, que ce ne sont pas là des cas de véritable impétigo ou achor et que c'est avec raison qu'on les dénomme *E. impetiginosum*.

Si l'on a recours au même procédé en présence des pustules et des croûtes siégeant aux extrémités, on reconnaîtra que ce qui, au premier abord, paraissait être un véritable *I. figurata* ou *I. scabida* des auteurs est en réalité tout à fait différent; que c'est, en général, un eczéma, lequel apparaît comme tel lorsque l'on a enlevé les produits morbides qui voilaient son vrai caractère.

2° On observe souvent des pustules comme résultat du *prurigo*, mais rien ne permet de les distinguer de celles qui surviennent dans le cours de la gale, de l'eczéma et d'autres affections (chap. XXI). Elles procèdent ici des papules prurigineuses, et se dessèchent graduellement en croûtes qui restent isolées lorsque les pustules sont discrètes, mais sont grandes et continues quand celles-ci sont confluentes. Aussi observe-t-on souvent l'apparence appelée par Willan *I. figurata, I. scabida* chez les personnes affectées de prurigo ; mais ce serait une grande erreur de considérer ces croûtes et ces pustules comme une maladie essentielle, car elles ne constituent qu'une fraction du processus prurigineux général.

Outre cette forme d'éruption, que l'on observe habituellement sur les extrémités inférieures, on rencontre souvent des pustules sur les bras et les mains ; et alors on ne les appelait plus impétigo ou ecthyma, mais *Psora microcarpa, P. macrocarpa, Pseudopsora* ou *Serpigo.* Mais

dans ce cas encore, si l'on examine les parties avec plus d'attention, on voit que ces pustules ne sont que le développement d'une éruption primaire de papules ou de vésicules, de telle sorte que, bien qu'atteignant le volume de lentilles, et remplies d'un pus lié, jaune, louable, elles ne méritent pas le nom de pustules, d'après notre classification acceptée.

3° Enfin, il y a longtemps que l'on sait que de nombreuses pustules peuvent survenir dans le cours de la gale, et ce fait a donné lieu au très-ancien nom de *S. pustulosa*, ou, comme l'appelait Fuchs, *Psora microcarpa et macrocarpa*. Mais personne n'a encore indiqué un seul moyen de distinguer une pustule d'impétigo ou d'ecthyma d'une pustule produite par la gale, à moins que l'on ne veuille considérer leur localisation aux mains comme signe diagnostique de la dernière. En somme, l'on voit aujourd'hui, comme à l'époque de Willan, des pustules aux mains bien caractérisées appartenir à la gale, tandis que d'autres ayant exactement la même forme, le même volume et la même marche sont appelées par les mêmes auteurs ecthyma ou impétigo quand elles surviennent aux jambes (1).

Si maintenant l'on essaie d'expliquer l'apparition des pustules dans les maladies que je viens d'énumérer, on sera aidé à le comprendre par cette remarque si souvent répétée, savoir : que toute éruption, que l'on ait affaire à des papules, nodules (*tubercula*), vésicules ou bulles, pourra, durant son cours subséquent, devenir pustuleuse, par suite de la transformation en pus (2) des matières solides ou séreuses de ces formations primaires.

Ainsi, on voit par les vésicules de la variole, les bulles du pemphigus, les papules de l'acné, les nodules des furoncles, qu'il se développe des pustules ne différant entre elles que par leur grosseur et d'autres

(1) Comparez la XLVI[e] planche et la XLIII[e], dans les « Delineations » de Bateman, avec la XLVI[e], dans ce dernier ouvrage.

(2) En me servant de cette expression, je ne veux pas faire supposer implicitement qu'aucun produit morbide est positivement transformé en pus. J'accepte complétement la doctrine de Virchow, que le pus ne peut être développé que par la prolifération du pus, quoique l'on doive admettre que le premier pas, la formation des corpuscules de pus primaires, dépend de la transformation d'autres éléments de tissus, tels que les disques sanguins, les cellules épidermiques et les corpuscules de tissu conjonctif. Ainsi mon expression « transformation » coïncidera avec la « substitution cellulaire » de Virchow. Et elle me paraît particulièrement appropriée, parce qu'elle implique qu'un processus local continue avec elle le développement de certaines formations élémentaires, sans qu'il soit nécessaire de supposer une exsudation spéciale du plasma général. Elle sert ainsi à indiquer le changement d'opinion qui, dans ces derniers temps, a conduit à ne plus regarder le pus comme une *materia peccans* qui est excrétée des sécrétions du corps, mais comme le résultat d'un processus local, sans aucune connexion intime avec la nutrition générale, et prenant son origine dans la « transformation » des élements de tissus normaux en cellules de pus.

points secondaires, mais ayant un trait commun, c'est qu'elles peuvent toutes être considérées comme des abcès, dont les uns sont simplement sous-épidermiques, tandis que d'autres sont recouverts par un stratum plus épais de couches tégumentaires.

Il résulte évidemment de ce qui précède que l'apparition d'une pustule est toujours précédée d'un autre processus morbide dans la peau, c'est-à-dire d'une exsudation, et que cette exsudation conduit à la formation de pus, et finalement en se ramassant sous l'épiderme à la production d'une pustule ; de sorte que l'on doit regarder toutes les pustules comme des *produits morbides secondaires,* et par là être conduit à ne point les considérer comme propres à former une classe de maladies cutanées indépendantes. Il n'existe donc pas d'affections pustuleuses proprement dites, mais seulement des pustules, qui peuvent survenir dans le cours ou comme effet de plusieurs maladies cutanées différentes.

Il faut actuellement rechercher dans quelles conditions l'expérience montre que les pustules se développent spontanément, ou, en d'autres termes, dans quelles conditions le pus se forme sous l'épiderme.

En général, on peut dire que dans la plupart des cas, cette formation purulente ne survient que lorsque quelque autre produit morbide l'a précédée sous la forme d'une papule, d'un nodule (*tuberculum*), d'une vésicule ou d'une bulle. Il est rare que le pus apparaisse immédiatement comme tel, et dans ce cas on pourra le regarder, en général, comme le résultat d'une métastase.

Mais, puisque des agents externes et directement nuisibles, ainsi que des affections de l'organisme entier, peuvent tous les deux déterminer diverses éruptions de la peau, on peut diviser, selon leur étiologie, les pustules qui sont le résultat secondaire de ces causes, en deux classes, que je vais actuellement examiner :

1° Pustules provenant d'éruptions primaires produites par des *irritants extérieurs.*

Renvoyant au chapitre sur l'eczéma la discussion sur le mode suivant lequel les pustules déterminent d'abord de la rougeur et ensuite une sécrétion séreuse sous-épidermique, j'ai ici à ajouter que par une métamorphose ultérieure de cette exsudation, ou par le progrès du processus morbide même il peut survenir aussi une éruption pustuleuse. Il n'est donc pas surprenant que des pustules puissent devoir leur origine à une pression mécanique quelconque, à un frottement ou au grattage produit par les ongles.

En conséquence, dans les premiers chapitres j'ai longuement expli-

que l'apparition de pustules dans l'eczéma, le prurigo et la gale, et les ai attribuées aux grattages qu'occasionne l'irritation résultant de ces maladies. Mais, comme on sait bien que non-seulement ces conditions, mais bon nombre d'autres, produisent une démangeaison de la peau, et poussent le malade à se gratter, on trouvera souvent des pustules là où il n'y a ni eczéma, ni gale, ni prurigo, mais quelque autre cause d'irritation continue.

Les malades chez qui existent des poux présentent un exemple saisissant de la vérité de cette remarque. Ceux infestés de *pediculi capitis* détermineront par le grattage, soit un *eczema rubrum* du cuir chevelu, soit, comme un développement ultérieur de cet eczéma, un eczéma impétigineux (*Impetigo*, *Achor granulatus* des auteurs). En outre, les attaques des *pediculi vestimentorum* sur la peau provoquent une si vive irritation que le malade est dans l'impossibilité de résister à la démangeaison ; et il en résulte inévitablement que, outre des excoriations plus ou moins nombreuses, on observe des pustules phlyzaciées. Ces dernières, tant que les grattages persistent, s'entourent d'une circonférence hémorrhagique et présentent ainsi les caractères de l'*Ecthyma vulgare*, *E. luridum*, de Willan, *Psoride croûteuse sordide* d'Alibert. On rencontre le plus souvent ces pustules dans les points où les vêtements sont le plus immédiatement en contact avec la peau, dans des régions correspondant aux plis du linge, où les poux *vestimentorum* ont leur résidence favorite, à la nuque, dans les régions sacro-lombaires et aux extrémités inférieures.

Les plus rares, *pediculi pubis s. morpiones*, ne sont que rarement en assez grand nombre pour produire des pustules par l'irritation résultant de leur présence et n'occasionnent le plus souvent que des papules analogues à des sudamina. Mais, dans des cas exceptionnels, alors qu'il existe une quantité considérable et exceptionnelle de ces insectes, on peut observer de petites pustules psydraciées.

Ceux qui sont, comme moi, placés de manière à voir beaucoup de personnes appartenant aux classes pauvres et inférieures, notamment celles qui peuplent les hôpitaux, se rappelleront combien est considérable le nombre de ces malades, couverts de pustules sur le dos et aux extrémités, qui viennent nous demander du soulagement. Tous ils portent sur eux les causes à six pattes de ces pustules, soit dans leurs vêtements, soit dans leur chevelure.

Mais, outre les poux, il existe d'autres insectes qui n'habitent ni les vêtements, ni les cheveux, mais les meubles, les lits, les cadres de tableaux et de glace : ils ont une coloration brun rougeâtre et une

odeur dégoûtante, — ce sont les punaises (*cimices lectularii*), qui sucent le sang des hommes. Leur piqûre et la succion dont ils l'accompagnent déterminent des papules ou élevures, accompagnées d'une violente démangeaison qui provoque les grattages du malade et consécutivement des pustules.

Il faut expliquer de la même manière les pustules qu'occasionne la métamorphose d'une légère exsudation produite par l'irritation des piqûres de cousin (*culix pipiens*), ou des chenilles (*gastropacha processionnea*), lesquelles, en général, ne donnent lieu qu'à des élevures (1).

De plus on ne doit pas perdre de vue l'habitude, encore trop fréquente en médecine, de provoquer des pustules avec intention, par l'application d'irritants cutanés, tels que l'huile de croton, le mezereum, le tartre stibié, dans le but louable de faire sortir, à l'aide de ces moyens, quelque *materia peccans* que l'on suppose cachée dans le corps.

Non-seulement dans les temps passés, mais aujourd'hui encore, sur une grande échelle, des médecins donnent leur sanction à cette cruelle pratique et les malades ne se bornent pas à supporter sans mécontentement la torture, mais dans leur ignorance ils la demandent même. Tout le monde sait qu'Autenrieth attribuait à l'antimoine une action particulière sur la peau, et les dermatologistes n'ont pas hésité à décrire l'éruption pustuleuse qu'il produit sous le nom spécial d'*Ecthyma antimoniale* ou *Exanthema Autenriethi* (Fuchs).

Je ne puis que saisir l'occasion de protester contre ce procédé comme absurde dans la théorie et inutile dans la pratique, bien plus, nuisible, et, accidentellement, dangereux même pour la vie. La littérature médicale fournit assez de cas des effets effrayants résultant de l'application d'une pommade antimoniale, et il n'est sans doute pas de médecin praticien qui n'ait eu des occasions de se convaincre par ses propres yeux de ses mauvais résultats (2).

(1) Bien rarement les cousins, plus rarement encore les punaises, déterminent par leur piqûre de véritables pustules : c'est là ce que, dans le langage expressif d'Hebra, on peut regarder comme prouvé par l'observation *vulgaire*. (A. D.)

(2) En reproduisant quelques exemples des nombreux cas que j'ai observés dans ma pratique particulière, prouvant les cruautés exercées sur des malades par cette application, mon but n'est pas d'accuser mes confrères. Ils agissaient avec une entière bonne foi, sous l'influence de l'idée que l'on fait pénétrer en eux en la leur répétant à satiété, que provoquer une irritation intense de la peau, c'est débarrasser leurs malades de plus grands maux encore. Je désire seulement démontrer que, malgré ces énergiques révulsions, il est impossible d'attirer au dehors la *materia peccans;* tandis que dans bon nombre de cas il n'y a en réalité rien à faire sortir, et par conséquent la campagne poursuivie avec une si puissante artillerie, lutte contre un ennemi imaginaire.

J'ai fréquemment vu des enfants avec la tête rasée et couverte de pustules dont quelques-unes avaient formé des ulcères profonds, et produit un état horrible à voir,

2° Outre ces pustules produites par des irritants locaux, il faut encore mentionner celles qui surviennent en dehors de toute autre éruption ; elles sont le *résultat d'une affectian interne* du sang ou du système nerveux. Ainsi, l'herpès zoster et toutes les autres variétés d'herpès sont caractérisées par la formation de vésicules ; mais la matière de ces vésicules peut devenir purulente comme dans tout autre cas ; et de là il résulte que, durant le cours d'une attaque d'herpès dans lequel on pourra voir des pustules discrètes ou agglomérées sur la face (*H. facia-*

tout cela dû à des onctions répétées d'onguent antimonié continuées avec persévérance, même après que la suppuration avait eu lieu. Le but de ce traitement était de guérir un hydrocéphale ou une méningite aiguë ou chronique, des convulsions provenant de suffusion séreuse dans le cerveau, pour favoriser le retour d'éruptions que l'on supposait être rentrées ou pour prévenir le dépôt de produits morbides sur les organes internes ; mais on n'avait jamais obtenu aucun de ces résultats.

On traitait partout autrefois l'ophthalmie rebelle par la contre-irritation, d'abord par des moyens plus doux, à l'aide de sinapismes de moutarde, de divers emplâtres ou pommades stimulantes, *Emplastum ad rupturas*, ou ce qu'on appelle « Fleischpech », et si ces agents échouaient, par l'inévitable *Ung. Autenriethi.* Sans doute il est chaque fois survenu de nombreuses pustules, qui s'étendaient souvent au delà du point où la friction avait eu lieu, et parfois recouvraient toute la surface du corps ; mais l'ophthalmie n'était pas guérie plus rapidement par cette médication cruelle et nuisible qu'elle ne l'est aujourd'hui où peu d'oculistes songent à l'employer. J'ai fréquemment vu tout le thorax, sur ses faces antérieure et postérieure, recouvert de pustules par suite d'onctions semblables, sans pouvoir être jamais à même de me convaincre que la maladie interne se trouvait ainsi enrayée.

Comme exemple des extrémités auxquelles le fanatisme peut conduire dans cette voie, je citerai un cas qui est arrivé dans la pratique d'un médecin célèbre d'une grande ville :

Dans une famille où plusieurs enfants étaient tombés victimes de la tuberculose, une petite fille avait survécu. Dans le but de prévenir le développement d'une affection dont l'existence, dans ce cas, n'était point prouvée, ce monsieur entretint une suppuration continuelle sur différentes parties du corps à l'aide de la pommade antimoniale *pendant l'espace de onze ans.* Je la vis à l'âge de treize ans, sans qu'elle présentât, il est vrai, aucun symptôme de tuberculose, mais émaciée, réduite, et le corps offrant à peine un point qui ne fût balafré. Et depuis que chez cette malheureuse enfant on avait, et cela d'une manière inexplicable, frictionné les jointures avec la pommade, la pauvre victime avait les membres contractés par les cicatrices qui en étaient résultées (*).

(*) Si nous voulions suivre l'exemple que nous donne ici M. le professeur Hebra, nous ne serions point embarrassés pour répondre à son défi. Les exagérations auxquelles on se livre dans l'application d'une méthode de traitement suffisent-elles donc pour la faire condamner ? Alors il n'en resterait pas une debout, et les meilleures seraient les premières détruites ; car n'est-ce pas de celles-ci qu'on a le plus abusé ? Encore faudrait-il savoir si ces excès mêmes ont toujours été nuisibles, si, par exemple, dans le dernier cas que le savant dermatologiste viennois cite avec tant de complaisance, ce n'a pas été un triomphe réel, — quoique chèrement acheté, — des révulsifs que d'avoir jusqu'à la puberté affranchi des atteintes de la tuberculose une jeune fille dont plusieurs frères ou sœurs lui avaient payé un tribut fatal.

Aux accusations d'impuissance absolue, formulées si énergiquement par Hebra contre la méthode révulsive, bornons-nous à rappeler les services que rendent, contre la méningite, la vésication des téguments du crâne ; contre la pneumonie, les vésicatoires volants du thorax ; contre les épanchements pleurétiques, les suppurations plus longuement entretenues de cette région ; contre la dysenterie, les frictions rubéfiantes sur l'abdomen avec la teinture d'iode ; contre la cystite blennorrhagique, l'emplâtre stibié au sacrum, qui en calme si rapidement les douloureux ténesmes. Ce sont là des services que nul malade ne saurait oublier, auxquels nul médecin ne voudrait renoncer, qui défient les variations de la mode.

Quant à cette objection favorite de notre auteur qu'il n'y a réellement dans ces cas aucune *materia peccans* à évacuer, nous pensons que ce n'est pas là un argument que nous devions réfuter. (A. D.)

lis), sur les organes génitaux (*H. progenitalis*), ou sur le tronc et les membres (*H. zoster*), — pustules qui, on le sait, affectent souvent profondément la peau de manière à causer une ulcération et à laisser après elles des cicatrices, le contenu des nodules acnéiques, qui ont commencé par l'inflammation d'un follicule, dont le conduit était bouché par du sebum, se transformera graduellement en pus; et les pustules ainsi formées, bien que différant d'aspect et de grosseur, pourront facilement se distinguer d'autres pustules par le mélange de pus et de sebum qu'elles renferment.

Il est souvent difficile de différencier les bulles de pemphigus, — au moment où leur contenu séreux est devenu purulent, — d'avec les pustules originairement telles, surtout à la période où il ne survient plus de bulles nouvelles et caractéristiques, et lorsque celles déjà formées, même d'un petit volume, contiennent un liquide puriorme.

On peut remarquer une transformation analogue dans le cas d'éruptions syphilitiques; et l'expérience générale prouve qu'il n'y a aucune variété de celles-ci : — tache, papule, nodule, squame, condylôme ou bulle, qui ne puisse finir par devenir une pustule syphilitique.

Enfin, personne n'ignore que les vésicules de la variole, y compris celles de la varicelle, de la varioloïde et de la vaccine, deviennent pustules dans le cours de la maladie.

Dans tous ces cas, il se développe des pustules succédant à quelque autre éruption qui les précède; mais il existe aussi des cas dans lesquels elles apparaissent sur une surface enflammée, à la suite d'une dermatite aiguë ou chronique, sans que quelque autre formation circonscrite les ait précédées. Dans l'érysipèle ordinaire (*Dermatitis erythematosa*), et dans l'inflammation phlegmoneuse de la peau, la suppuration se produit circonscrite ou étendue, superficielle ou profonde; et ce qu'on désigne sous le nom d'abcès, quand il est situé dans le chorion, devient une pustule si l'épiderme seul le recouvre.

Ce qui est vrai, quand il s'agit d'une dermatite limitée, l'est également lorsque la même affection s'étend sur toute la surface du corps; et les furoncles, les abcès et les pustules que l'on observe alors, ont tous la même origine et ne diffèrent qu'en tant que la suppuration se fait dans la vraie peau ou à sa surface. Ce processus morbide, qui peut revêtir un caractère plus ou moins destructif, est souvent la conséquence de maladies connues, notamment de celles dépendant de la contagion, telles que la *Pustula maligna*, l'infection résultant des piqûres anatomiques, le farcin et la morve (*Maliasmus*, μᾶλις). Mais,

m'étant déjà longuement étendu sur ces maladies, je me bornerai à renvoyer à ce passage (pp. 348-52), et je rappellerai seulement ici que les pustules que l'on observe dans ces cas peuvent présenter une forme phlyzaciée ou psydraciée, et qu'elles n'ont aucun caractère particulier qui permette de poser un diagnostic quant à leur origine. Cela montre qu'il ne suffit pas de constater la présence des pustules; mais il faut, avant d'être à même de se faire une idée exacte de leur véritable nature, tenir compte des autres symptômes locaux ou généraux que l'on trouvera exposés, d'une manière détaillée, dans le passage auquel j'ai renvoyé.

Intimement liées à celles-ci, sont les pustules qui se manifestent dans d'autres affections produites par contagion provenant non d'agents extérieurs, mais de quelque source d'infection ayant son siége dans l'organisme lui-même.

Ainsi, dans la fièvre puerpérale, dans la période de suppuration de la variole, dans la pneumonie grave avec infiltration purulente étendue ou gangrène, et quand il survient de vastes abcès internes, on peut voir apparaître subitement des pustules sur diverses régions du tronc et des membres, sans aucune éruption antérieure, sans papules ni vésicules, ni même rougeur. Des élevures de l'épiderme surviennent *uno ictu,* contenant un liquide purulent, sans aucune aréole rouge dénotant qu'une réaction se produit autour d'elles, en général peu nombreuses, n'occasionnant aucune douleur, ne formant pas de croûtes, nullement distendues, mais seulement à moitié remplies d'un liquide qui n'a pas de propension à se coaguler. Elles restent ainsi pendant un certain temps, puis augmentent de volume, et, sans qu'elles se dessèchent, leur contenu s'échappe et laisse voir au-dessous une surface plus ou moins hémorrhagique. Si ces pustules ne subissent souvent aucune transformation ultérieure, cela ne dépend nullement d'une différence quelconque existant entre elles et d'autres pustules, mais de ce que les sujets chez lesquels elles se manifestent meurent, en général, de leur maladie primitive.

On doit considérer ces pustules comme des métastases à la peau, comparables aux autres abcès métastatiques et *infarctus* purulents. La seule différence entre ces deux états est que la peau, au lieu des organes internes, est ici le siége du processus morbide. Leur diagnostic repose en partie sur leurs propres caractères que je viens de décrire, en partie sur les désordres généraux concomitants.

De tout ce qui précède, il résulte — *que les affections pustuleuses de la peau décrites par les auteurs sous les noms d'Impetigo, d'Ecthyma, de*

Porrigo, d'Achor, etc., n'ont pas d'existence réelle comme maladies indépendantes. Elles constituent des accidents concomitants ou des symptômes d'autres affections cutanées dont la nature peut être déterminée à l'aide d'autres phénomènes caractéristiques, et, en général, longtemps avant qu'aucune éruption pustuleuse ne soit visible.

En conséquence, il ne faut pas se contenter dans la pratique d'observer la grosseur et la forme, le nombre et l'étendue des pustules d'une éruption, mais on doit encore rechercher avec soin à déterminer quelle est la maladie primaire dont elles sont la conséquence. Il est essentiel notamment de ne pas oublier que la multiplicité des pustules est toujours l'indice de l'action antérieure de quelque irritant local ; aussi, dans ces cas, il importe de se demander si la gale, le prurigo, des pédiculi ou d'autres epizoa, ne sont pas le point de départ de l'éruption. Toutefois, il faut se rappeler à ce sujet que parfois les caractères de l'affection primitive ont pu disparaître ou ont été détruits. Ainsi, les acares de la gale, les vésicules de l'eczéma ou les papules du prurigo, peuvent avoir disparu, et les pustules, dont l'évolution est souvent très-lente, restent alors comme la seule trace des phénomènes qui les ont précédé.

Marche. — Le développement, ainsi que la rétrogression des pustules, a toujours lieu d'après le même type général. On remarque d'abord de petits points de suppuration sous l'épiderme, ayant la forme décrite par Willan comme étant celle des pustules de l'*achor* et du *favus*. Elles s'agrandissent graduellement par l'augmentation du pus qu'elles contiennent, jusqu'à ce qu'elles deviennent ce qu'on appelle *psydracia*, avec une périphérie plus ou moins irrégulière. Il se forme ensuite un cercle rouge autour de chacune d'elles ; et, augmentant continuellement de grosseur, elles constituent à la fin des bulles aussi larges que des pièces d'un ou deux francs, remplies jusqu'à la tension d'un liquide purulent, et correspondant alors aux *phlyzacia* de Willan.

Pendant qu'elles ont encore le volume des *achores* ou qu'elles sont devenues des *psydracia* ou des *phlyzacia*, les pustules peuvent s'arrêter court dans leur développement ; au lieu d'augmenter, leur contenu commence à diminuer, le sommet de chaque pustule s'affaisse et se dessèche ensuite sous forme d'une croûte jaune ou brunâtre, dont l'épaisseur et l'étendue s'accroissent graduellement, jusqu'à ce qu'elle finisse par prendre complétement la place de la pustule. La coloration de cette croûte dépendra des matières contenues dans la pustule. Elle

sera jaune, verte, brune ou presque noire, suivant que le pus se trouvera pur ou mélangé à du sebum ou à du sang (1).

Ce liquide se développe sous la croûte de l'épiderme normal, et par conséquent la fait tomber; il reste alors une place rouge provenant de la partie vasculaire de la peau, qui laisse apercevoir au travers l'épiderme nouveau et délicat.

Cette marche régulière des pustules est constante dans les éruptions ordinaires; mais elle varie lorsque les pustules sont le résultat d'une maladie spécifique générale. Le changement le plus fréquent que l'on observe alors est dans leur évolution : leur contenu se dessèche et forme une croûte ; mais, au lieu de voir un nouvel épiderme se développer au-dessous, on observe une sécrétion continuelle de pus, et comme il s'accumule petit à petit, il soulève la croûte desséchée; de telle sorte que, en dernier lieu, chaque pustule se trouve transformée en un ulcère ouvert et suppurant.

La première évolution est le type normal, et on l'observe en général dans le cas de pustules produites par des causes locales, y compris celles de gale, d'eczéma et de prurigo, en réalité, toutes les fois qu'elles ne sont pas la conséquence d'une cause diathésique quelconque. On rencontre, au contraire, des ulcères comme résultat de pustules dans des exanthèmes qui suivent une marche anormale, notamment dans la variole, ainsi que dans les maladies scrofuleuses et, le plus souvent, dans certaines éruptions syphilitiques.

Il faut ajouter à ces symptômes externes les phénomènes que le malade éprouve par suite d'une éruption de pustules.

Quelquefois, il survient de la démangeaison, d'autres fois de la douleur; mais ni dans un cas ni dans l'autre, l'éruption ne se distingue par des caractères extérieurs d'avec celle dans laquelle il n'existe pas de symptômes subjectifs. D'une manière générale, il est permis de dire que les pustules occasionnées par une dyscrasie causent de la *douleur*, soit immédiatement, soit lorsqu'elles s'étendent ultérieurement, tandis que celles provenant d'une irritation purement locale, déterminent de la *démangeaison* dans leur voisinage; mais là encore, il est impossible d'assigner une différence quelconque dans la structure ou l'aspect des pustules, comme liée à cette différence de processus pathologique.

Il ne faut pas oublier que, comme des pustules sont souvent un résultat secondaire de quelque autre maladie cutanée, on peut fréquem-

(1) Voyez p. 20.

ment les trouver lésées par le grattage, lorsque l'irritation a été provoquée non par elles, mais par l'affection primaire de la peau.

Enfin, la localisation et le siége anatomique de l'éruption ne sont pas sans influence sur la sensation produite. Lorsque les pustules sont superficielles et affectent les extrémités, elles s'accompagnent souvent de démangeaison, tandis que celles situées plus profondément et survenant sur le tronc sont en général douloureuses.

Diagnostic. — Après avoir ainsi établi la définition et les caractéres de cette forme d'éruption, il reste à savoir s'il existe quelques traits distinctifs au moyen desquels il soit possible de différencier les pustules produites par diverses affections cutanées. En d'autres termes, peut-on distinguer une seule pustule de variole d'une pustule d'acné, de syphilis ou de gale? Existe-t-il des formes caractéristiques particulières à l'impétigo, à l'ecthyma? En général, on est obligé de répondre à ces questions par la négative. Il est impossible de considérer comme signes diagnostiques la grosseur, le siége, le contenu, la forme et ce que l'on appelle « l'ombilication » (Delle).

Ce dernier phénomène, la dépression dans le centre d'une pustule, qui constitue ce que l'on désigne sous le nom de caractère ombiliqué, et que l'on a supposé être caractéristique de celle de la variole, s'observe en réalité toutes les fois qu'il se développe des pustules succédant à des vésicules préexistantes (1), mais cela seulement tant que le contenu de la pustule n'est pas complétement purulent, c'est-à-dire qu'il n'y a pas, à proprement parler, une pustule complète.

Il résulte de ce qui précède que l'aspect anatomique d'une éruption pustuleuse ne suffit pas pour établir son diagnostic; sa marche, ses métamorphoses, le nombre, la distribution et le siége de ces divers éléments constituants, ainsi que les lésions coexistantes sur la surface cutanée, toutes ces données doivent être prises en considération afin de décider si l'éruption appartient dans un cas à la gale, dans un autre à l'acné, et dans un troisième à la variole.

Il est vrai, cependant, que des pustules s'observent non-seulement dans le cours d'autres maladies primaires de la peau, mais aussi sans qu'elles soient accompagnées des symptômes de la gale, de la petite vérole, de l'acné, de l'eczéma ou du prurigo. Est-il exact ou est-il convenable de suivre à cet égard la nomenclature de Willan et de Bateman, et d'attribuer à de telles éruptions pustuleuses les noms d'impetigo et d'ecthyma, ou doit-on abandonner ces dénominations comme complétement superflues?

(1) Voyez p. 234.

Si le terme d'*impetigo* ne prétendait exprimer rien autre qu'une simple collection de pustules psydraciées, survenant soit isolément soit en groupe sur le tronc, la face ou les membres, et si *ecthyma* signifiait seulement une éruption de pustules phlyzaciées plus volumineuses, circonscrites aux extrémités, il n'y aurait rien à dire contre l'emploi des deux termes, en supposant toujours que, au début, on ait soigneusement examiné chaque cas et qu'on soit arrivé à cette conclusion qu'il n'existe aucune autre maladie cutanée primaire.

Mais il faut se souvenir que pendant longtemps tous les auteurs qui ont écrit sur ces questions ont été induits en erreur par les symptômes les plus apparents et les plus évidents des pustules et des croûtes, de manière à les regarder comme des phénomènes morbides propres, et ainsi à parler de l'impétigo, de l'ecthyma, de phlyzacion, de serpigo et de psorrhelcosis, au lieu de rechercher les caractères, moins évidents, il est vrai, des autres maladies dont elles ne sont que les symptômes. On sait aujourd'hui que, par une étude attentive, on trouve que la plupart des cas d'éruption pustuleuse dépendent de la gale, du prurigo, de l'eczéma, des épizoa, notamment des pédiculi, ou de tout autre irritant cutané. De sorte que, au total, je pense qu'il est désirable ou de supprimer entièrement les termes impétigo et ecthyma, ou bien de les employer simplement comme noms collectifs pour une quantité de pustules, sans leur demander rien qui implique un sens quant à la cause qui dans chaque cas a pu leur donner naissance.

En conséquence, en employant ces mots, je me sers du terme impétigo comme synonyme de « plusieurs pustules psydraciées isolées ou agglomérées », et de celui d'ecthyma comme indiquant « un groupe, ou plusieurs pustules phlyzaciées disséminées. » Mais aucune de ces expressions ne représente une affection spéciale.

Pronostic. — D'après tout ce qui a été dit sur la marche des éruptions pustuleuses il demeure évident que leur pronostic dépendra de celui des maladies qui les accompagnent ou les suivent. On peut toujours espérer que les pustules, considérées individuellement, suivront une marche favorable dans les maladies idiopathiques ; et ce n'est que dans les cas où elles tiennent à quelque dyscrasie, que leur évolution ne s'accomplit pas avec simplicité et qu'elles s'étendent en profondeur et en largeur par le fait d'une ulcération destructive.

Etiologie. — On peut en général dire d'une pustule qu'elle est le produit, soit d'un irritant cutané externe, dépendant de quelque lésion mécanique ou chimique de la peau, soit de quelque altération morbide

dans la peau elle-même, qui est métamorphosée en pus au-dessous de l'épiderme.

En conséquence on peut diviser toutes les pustules, d'après leur cause, en *idiopathiques*, *concomitantes* et *symptomatiques*.

1° Des pustules *idiopathiques :* je m'occuperai en premier lieu de celles d'origine *traumatique*.

Il sera facile d'expliquer leur origine d'après les faits si souvent récapitulés dans tout le cours de cet ouvrage. Le premier phénomène qui suit une irritation mécanique de la peau, est l'hypérémie indiquée par de la rougeur (*Erythema traumaticum*) (1) : elle est souvent suivie d'une exsudation séreuse entre la peau et l'épiderme, occasionnant des élevures (2) ; et dans d'autres cas, des signes d'une inflammation plus intense qui apparaît sous forme d'une dermatite idiopathique (*D. traumatica*) (3).

Ces faits incontestables admis, la production d'une pustule dans les conditions données s'explique par la marche ordinaire du processus et des produits de l'inflammation. Car, quel que soit le point de vue que l'on adopte quant à la nature de la suppuration en général, — qu'on suppose que le pus procède d'un blastème exsudé ou qu'une suractivité de prolifération des cellules engendre des corpuscules de pus, comme le ferait quelque irritant cutané, — dans les deux cas, le fait reste le même, savoir que des produits inflammatoires subissent une transformation purulente (*eiterig umwandeln*).

Que la lésion primitive de la peau soit le résultat de la pression de vêtements, ou de liens de toute espèce, ou du grattage, l'effet produit est le même : c'est une irritation mécanique ; et il suit de ce que j'ai déjà établi que le grattage est un des moyens indirects auxquels est dû le développement des pustules.

En effet, la plupart des pustules qui accompagnent les maladies prurigineuses de la peau sont uniquement la conséquence des grattages du malade. J'ai pleinement exposé le mécanisme de ce genre d'éruption, ainsi que celle produite par la pression chez les sujets atteints de gale, dans les chapitres consacrés à cette maladie et au prurigo. Il suffit d'ajouter ici que les affections décrites par Willan comme *Impetigo sparsa*, *I. scabida*, *Ecthyma vulgare* et *E. luridum* peuvent, pour la plupart, être rapportées à des éruptions pustuleuses résultant du grattage de sujets affectés de gale, de prurigo ou de péduculi.

(1) Voyez page 51.
(2) Voyez page 306.
(3) Voyez page 310. Pour le sens que l'auteur attache au mot idiopathique, voyez la note au bas de la même page.

b. Outre les irritants mécaniques, il y a aussi plusieurs substances qui exercent par leurs propriétés *chimiques* une action analogue sur la peau. Elles déterminent, en premier lieu, une simple hypérémie du derme (1) ; mais si l'irritation continue, elle ira jusqu'à l'exsudation ; puis, par métamorphose du liquide exsudé, à la formation de vésicules, de bulles et de pustules.

Je puis mentionner ici les nombreuses petites pustules qui surviennent quelquefois très-rapidement après des onctions avec la pommade mercurielle et que, bien que contenant du pus, l'on a appelées *Eczema mercuriale s. Hydrargyria.*

En outre, les vésicatoires, l'huile de croton, le mezereum, la pommade au tartre stibié, le vitriol bleu, les cantharides et d'autres applications médicinales, quoiqu'ils ne produisent ordinairement que des vésicules, sont assez fréquemment suivis de pustules.

La forme de l'éruption qui est ainsi produite dépend de l'intensité de l'agent irritant et de la susceptibilité de la peau, de sorte qu'il en résultera dans un point de petites pustules (achor de Willan), dans un autre des psydracia ou phlyzacia. Ceux qui considèrent la forme d'une pustule comme d'une importance décisive pour son diagnostic, seraient donc dans la nécessité d'appeler la même maladie, dans un point *Impetigo sparsa,* dans un autre *I. figurata,* et dans un troisième *Ecthyma.*

c. Les mêmes remarques s'appliquent aux éruptions occasionnées par la chaleur (2), qui débutent sous forme erythémateuse ou vésiculeuse, et peuvent, comme toutes les autres, devenir ensuite pustuleuses. Ainsi, on est assez souvent à même d'observer les petites vésicules de sudamina (ou *miliaria rubra*) (3) avec des points purulents à leur sommet, et il est alors impossible de les distinguer par quelques caractères particuliers externes des autres éruptions pustuleuses. Il en est de même des vésicules d'eczéma qui, commençant comme *E. caloricum* (prickly-heat des Anglais, calori des Italiens), se transforment en pustules par le progrès de la maladie.

Il résulte de ces considérations que l'on peut diviser les éruptions idiopathiques de pustules (*Impetigo idiopathica*) en 1° *I. traumatica ;* 2° *I. ab acribus, I. venenata ;* et 3° *I. calorica.* Mais, pour éviter toute méprise, je dois ajouter que cette classification n'a pas d'autre but que d'appeler l'attention sur les conditions étiologiques qui produisent une éruption pustuleuse idiopathique dans chaque cas.

(1) Voyez p. 53.
(2) Voyez p. 52.
(3) Voyez p. 381.

Quant à leur aspect extérieur, ces pustules présentent peu de différences, si même elles diffèrent les unes des autres, soit même de celles qui accompagnent d'autres maladies cutanées, ou qui sont produites par des processus constitutionnels morbides connus ou inconnus.

2° Je donne le nom de pustules *concomitantes* (ou impetigo concomitant) à celles qui surviennent souvent dans le cours ou comme effets d'autres affections cutanées, mais qu'il est impossible de considérer comme des signes diagnostiques de ces dernières. Telles sont, par exemple, les pustules que l'on voit dans la gale, le prurigo et l'eczéma, où elles ne constituent que des symptômes accessoires et peuvent manquer sans que leur absence modifie en rien le caractère essentiel de a maladie primitive. Les sillons de l'acarus de la gale sont une source fréquente de pustules ; toutefois ce ne sont pas les pustules, mais les « sillons, » qui sont nécessaires pour le diagnostic de la maladie. De plus, on peut voir bien des cas de prurigo sans une seule pustule, quoique dans d'autres on puisse observer celles-ci en plus ou moins grande quantité, principalement sur les jambes; la même remarque s'applique à l'eczéma.

Outre ces cas, on voit fréquemment survenir des pustules comme effet d'une inflammation idiopathique de la peau (dermatitis) et de l'érysipèle ; en effet, les termes si longtemps employés de *D. pustulosa*, *E. pustulosum*, prouvent que cette observation n'est pas nouvelle. Or, puisque les inflammations de la peau peuvent résulter de beaucoup de causes d'irritation, soit externes, soit internes, les pustules qui surviennent pendant leur cours n'auront naturellement pas d'autre origine ni d'autre signification que la dermatitis originaire elle-même.

Il est évident qu'il existe fréquemment des cas dans lesquels on trouvera les pustules concomitantes dont je m'occupe actuellement, mêlées à d'autres dépendant de quelques-unes des causes que j'ai décrites au paragraphe 1; dans ces conditions, on établira le diagnostic en reportant plus ou moins arbitrairement les diverses pustules aux variétés concomitantes, idiopathiques ou même symptomatiques.

Or, si l'on prend la peine d'examiner avec impartialité les phénomènes présentés par une inflammation de la peau, provenant d'une cause quelconque, lorsque cette inflammation s'accompagne de pustules, on sera convaincu qu'il est tout aussi rationnel d'appeler un tel état *Erysipelas s. dermatitis pustulosa* que *Impetigo erysipelatodes*. Le choix de l'une ou de l'autre dénomination dépendra, dans chaque cas, de la prédominance respective de l'inflammation ou des pustules; mais il ne

sera assurément jamais nécessaire de conserver les deux expressions, comme on le voit dans beaucoup d'ouvrages de dermatologie.

Je ne trouve pas à de semblables subtilités une importance suffisante pour présenter quelque intérêt au point de vue scientifique ou pratique ; je n'en ai fait ici mention que parce que, en premier lieu, elles offrent un léger intérêt historique, et, en second lieu, pour contribuer quelque peu à cette simplification de la nomenclature dermatologique, que tout le monde essaie aujourd'hui de réaliser.

Il faut compter au nombre des pustules concomitantes ces dépôts de matière sous l'épiderme qui se manifestent dans diverses affections fébriles et autres, et que l'on peut comprendre sous le nom générique de pustules métastatiques.

On en voit un bon exemple dans la maladie commune connue sous le nom de furonculose. Là il survient des points circonscrits d'inflammation, de diverse grandeur, qui, se développant simplement en abcès, forment des furoncles ; ou bien leur surface se mortifie, et l'eschare ainsi produite prend le nom d'anthrax. Mais en même temps il apparaît aussi des pustules, disséminées parmi les abcès plus volumineux, suivant leur évolution et leur marche, et ne différant d'eux qu'en ce que le processus de suppuration y est superficiel au lieu d'être profond.

De plus, dans la fièvre puerpérale, dans des cas graves de pneumonie et de pleurésie et dans toutes les affections dans lesquelles il se produit une inflammation suppurative, c'est un fait reconnu qu'il peut survenir dans divers organes des métastases du siége primitif de suppuration ; entre autres sous l'épiderme où elles apparaissent sous forme de pustules. Il est impossible de les distinguer par leur aspect extérieur, mais seulement par leur apparition soudaine et simultanée, non précédée d'aucune autre forme d'éruption. Elles présentent, toutefois, une certaine « mollesse » d'aspect, due à ce que le contenu purulent ne remplit pas entièrement la cavité épidermique (matsche Pusteln) ; et de plus elles ne sont pas entourées par l'aréole rouge due à la réaction. Rarement il se produit des croûtes, parce que, dans la plupart des cas, le malade meurt de l'affection primitive avant que le pus ait le temps de se dessécher.

Ces pustules métastatiques sont notamment celles qui accompagnent les maladies pyohémiques.

3° Les pustules *symptomatiques* ou deutéropathiques sont celles qui constituent une partie d'une affection générale, dans le cours de laquelle elles apparaissent comme un phénomène régulier, fournissant ainsi un de ses plus importants caractères diagnostiques.

Ainsi on n'a jamais observé un cas de variole sans une éruption pustuleuse; car même ce qu'on appelle les vésicules de la varicelle, qui peuvent à juste titre mériter ce nom puisque leur contenu se dessèche avant qu'il ait acquis la coloration jaune du pus, contiennent une quantité considérable de corpuscules de pus et suivent une marche analogue à celle des éruptions que, à l'œil nu, l'on doit incontestablement admettre comme pustuleuses.

Comme j'ai déjà longuement parlé dans ce volume (chap. x et xi) des éruptions de variole et de vaccine, ainsi que des affections connues sous les noms de morve et de pustule maligne (348, 352), il me suffira ici de renvoyer le lecteur à ces passages.

Traitement. — Il résulte des opinions que j'ai émises quant à la pathologie des éruptions pustuleuses, que le but principal du traitement est d'éloigner les processus morbides auxquels elles sont dues.

A part leur origine, il est cependant possible d'appliquer à toutes les pustules le principe général que, en traitant un abcès, il faut avoir soin d'évacuer le pus le plus tôt possible afin de prévenir son augmentation ainsi que l'influence fâcheuse qu'il exerce sur les parties environnantes. Dans ce but, on doit ouvrir la couche épidermique qui renferme le pus, vider son contenu, et prévenir la formation ultérieure du liquide.

S'il était en notre pouvoir de faire dessécher promptement une pustule, de manière à former une croûte, en hâtant ainsi l'évolution du processus naturel ordinaire de guérison, ce serait certainement la manière la plus rapide et la meilleure de guérir une éruption pustuleuse. Mais on n'a pas la possibilité d'agir ainsi, comme je l'ai démontré en parlant du traitement de la variole; il faut donc se contenter d'employer les moyens qui sont capables de ramollir, de détruire et de faire tomber l'enveloppe de la pustule et de son contenu.

Pour atteindre le premier but, il faut avoir recours à des fomentations chaudes ou froides, suivant les préférences du malade, ou à des pansements à l'eau avec une lotion saturnine, une légère solution de zinc ou de sublimé corrosif, ainsi qu'à d'autres lotions anodines ou fomentations avec des infusions végétales telles que la mauve, le tilleul, le verbascum, etc. Les emplâtres simples ont un effet analogue; *Emplastrum saponis*, *Empl. de meliloto*, *Empl. lithargyri fuscum*, *Empl. de Spermaceto*, etc., et de même des onguents non irritants comme *Unguentum altheæ*, *Ung. emolliens*, *Ung. linariæ*, *Ung. lithargyri.* Enfin on peut mentionner les bains locaux ou généraux, les bains de boue et

les bains et eaux médicamenteuses, ceux avec 3 gr. 50 de sublimé corrosif pour un bain.

Il sera toujours impossible de se passer de semblables applications dans la pratique, car elles sont nécessaires pour consoler le malade et lui rendre la tranquillité, pour protéger les parties affectées contre la pression et les frottements, et en dernier lieu pour ramollir l'enveloppe des pustules, favoriser ainsi la sortie de leur contenu et hâter leur guérison. Aussi, bien qu'une étude attentive de leurs effets ne me permette pas d'attribuer à ces moyens une action spécifique quelconque sur les pustules, on peut au moins invoquer en leur faveur ce fait qu'ils répondent à mes vues et hâtent le processus de cicatrisation.

On peut aussi employer avec avantage la méthode ectrotique, notamment lorsque les pustules sont peu nombreuses et isolées. Il faudrait ouvrir chacune d'elles avec l'extrémité d'un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe, et il est nécessaire d'appuyer fortement sur le fond de la pustule, de manière à vider le contenu et à le détruire comme une surface sécrétante. On doit ensuite recouvrir la partie cautérisée de charpie sèche ou d'un chiffon, et au bout de quelques jours renouveler l'opération.

Dans tous les cas d'éruption pustuleuse, le traitement interne est superflu et inutile. Si elle est occasionnée par une maladie locale, il suffit de traiter cette dernière, pustules et tout, par la médication locale que je viens d'indiquer. Si au contraire elle est la conséquence de quelque maladie générale, le dépôt du pus dans et sous l'épiderme suit exactement cette maladie elle-même dans sa marche et dans son déclin ; de sorte que quand la guérison arrive, les pustules se dessèchent en croûtes qui tombent d'elles-mêmes ou que l'on peut enlever à l'aide des moyens ordinaires.

CHAPITRE XXVI

PEMPHIGUS CHRONIQUE.

(*Pompholyx. — Der Blasenausschlag.*)

Les phénomènes produits par le pemphigus sont tellement frappants qu'on ne peut supposer qu'ils aient échappé à l'attention des anciens auteurs. Et cependant il est impossible de dire avec certitude quel nom

ces auteurs imposaient à la maladie. Ils employaient le mot pemphigus, dérivé du grec πέμφιξ, mais sans lui donner le sens qu'il a aujourd'hui; ils n'attribuaient pas non plus aux termes πομθοι et πομθόλογες les significations qu'elles ont aujourd'hui.

Hippocrate et Galien se servaient de l'expression « *Febris pemphigodes* » pour désigner une maladie fébrile, accompagnée de pustules dans la bouche; et ces pustules (que les autres Grecs appelaient Φλύκτιδες, φλυκταινειδες, φλυκταιναι) ont probablement appartenu à l'*Herpes labialis vel facialis*, que l'on voit si fréquemment apparaître sur les lèvres, dans le cours des affections fébriles.

Toutefois, dans un passage du second livre « des épidémies », Hippocrate compare φλυκταῖνειδες aux bulles que l'on observe dans les brûlures; et certains auteurs ont prétendu que la maladie indiquée dans ce passage était notre pemphigus. Ceci est une idée complétement spéculative; car il est certain qu'Hippocrate conserve en général à chaque mot la signification étymologique. Ce qu'il appelle « pompholiges » n'était donc rien de plus que des bulles d'air dans des liquides, et « pomphoi » de simples élevures et tuméfactions, telles qu'on les voit dans l'urticaire.

Les œuvres de Galien montrent que l'on se servait autrefois du mot pemphix dans plusieurs acceptions distinctes. Ainsi, dans un passage, il fait allusion, sous le nom de « *Febris pemphigodes* », à l'exhalation de la peau d'un malade; dans un autre, il en parle comme d'une affection cutanée, accompagnée de la formation de pustules.

Dans un troisième passage, il décrit sous le même nom une « peste » (Pestfieber) que l'on dit avoir été identique avec le mal dont le récit est transmis par Thucydide; et autre part il emploie même le mot pemphix dans son sens étymologique primitif, pour l'esprit (πεμφιξ, âme).

Il est clair par conséquent que l'on appliquait le mot pemphigus, non-seulement aux élevures de l'épiderme remplies de liquide, mais encore à celles contenant de l'air.

En effet, dans toute l'antiquité, on appelait bien plutôt les bulles aqueuses du nom de φλυκταῖναι, et c'est sous ce titre qu'il faut rechercher dans les anciens auteurs tous les renseignements concernant la maladie pemphigus. Ainsi, dans Celse (1), on trouve le passage suivant : — *Pustulæ lividæ sunt, aut pallidæ, aut nigræ, aut aliter naturali colore mutato, subestque illis humor. Ubi hæ ruptæ sunt, infra quasi exul-*

(1) « De re medicâ », lib. v, cap. 28.

erata caro adparet; phlyktainai helkodeis græce nominantur. Fiunt vel ex frigore, vel ex igne, vel ex medicamentis. »

Aétius (1), en outre, parle d'une éruption survenant plus fréquemment chez les femmes dont la menstruation est irrégulière et chez les enfants; éruption qui consiste en « *papulæ* », semblables à celles produites par des brûlures avec de l'eau chaude. Sa description paraîtrait donc s'appliquer au pemphigus. Mais plus loin on lit « *ac biduum aliquando, ac triduum durans* », ce qui indique que la maladie ne devait nullement être un pemphigus, mais sans doute un herpès.

Rhazès mentionne aussi un exanthème consistant en bulles semblables à celles que l'on voit dans les brûlures. Il dit qu'elles sont en général précédées de démangeaison et de rougeur, et se terminent par des ulcères qui se recouvrent de croûtes ayant une teinte foncée.

Fernelius Ambianus, Gorrœus, Rondelet (surnommé Piso), Sennertus, Plater et Musitanus ont tous employé le nom *phlyctenæ* ou *hydatides* pour désigner une affection bulleuse, qu'ils plaçaient dans le genre érysipèle. Sur les autres points, ils sont d'accord avec les anciens auteurs grecs. Toutefois, Gorrœus fait une mention spéciale du mot pompholyx, — « πομφόλυξ », *bulla est elevatio in humore facta a spiritu flatuoso.*

De leur côté, Forestus et Schenk rapportaient des cas dans lesquels ils avaient observé de semblables phlyctènes sur la face chez les enfants et les jeunes gens. Il en est de même de Lepois (1618), qui donnait aux bulles le nom d'hydatides.

Dans le dix-huitième siècle, nous trouvons des descriptions de la maladie par Morton (2), qui fait mention d'une fièvre sporadique dans le cours de laquelle de nombreuses vésicules aqueuses (*vesiculæ aqueæ*) s'étendent sur le cou et la poitrine du malade; par Thierry (3), qui relata une épidémie dont les ravages sévissaient sur les troupes françaises occupant alors (1736) Prague; et par Langhans, qui donna la description d'une peste identique, qui dépeuplait la Suisse.

Durant la même période, on enregistra plusieurs cas isolés, qui correspondaient sans doute à notre pemphigus, mais recevaient différents noms suivant la fantaisie de l'écrivain qui les décrivait. Ainsi, Faustenau décrivait une « *Febris acuta vesiculo-erysipelacea* »; Frenzel, une « *Febris maligna catarrhalis exanthematica purpuraceo-pustularis vesiculo-ulcerosa* »; Gölicke, une « *Febris vesicularis* », etc.

(1) « Tetrabiblos »; Sermo II, cap. 62, p. 807, Basel, 1542.
(2) « Opera medica », Genevæ, 1727.
(3) « Médecine expérimentale », Paris, 1755.

Ce fut Sauvages qui, en place des noms employés jusque-là, adopta le premier, pour l'affection dont il s'agit, la dénomination de *pemphigus*, qu'on lui a depuis toujours conservée. Mais la description que cet auteur fait de la maladie repose beaucoup moins sur des observations personnelles que sur les œuvres de ses prédécesseurs et sur les cas qu'ils ont rapportés. Aussi sa description et sa division du pemphigus en cinq espèces ne concordent-elles pas avec les résultats de notre expérience actuelle. Il donna à ces cinq genres les noms de *P. major*, *P. castrensis*, *P. Helveticus*, *P. Indicus* et *P. Brasiliensis*.

Aux espèces créées par Sauvages, Sagar ajouta un *P. apyreticus*, tandis que Plenck comptait seulement quatre formes, le *P. febrilis*, *P. apyretus*, *P. a tactu colubri bicephali* (*Brasiliensis*), et *P. crurum*.

Quelques auteurs, en outre, n'admettaient qu'une seule espèce de pemphigus. Au nombre de ces derniers se trouvent Linnée, qui appelait la maladie *Morta;* Vogel, qui la désignait sous le nom de *Febris bullosa;* Macbridge, sous celui de *Febris vesicatoria*.

Il est digne d'observation que certains auteurs célèbres des dix-septième et dix-huitième siècles, — parmi lesquels sont Mercurialis, Lorry, Boërhaave et Van Swieten, — ne donnent aucune description de la maladie, et ne font même aucune allusion à son nom. Stoll, en effet, cite, d'après Van Swieten, la description d'un cas d'éruption bulleuse; mais ce ne pouvait être là un vrai *Pemphigus chronicus*, car elle se serait terminée le dix-neuvième jour.

Reste tout au moins également douteuse la nature des cas de « pemphigus » rapportés par Ruignon de Montpellier, Tourtelle de Besançon, Burghard et Blagden. Ce dernier auteur va même jusqu'à attribuer à la maladie des propriétés contagieuses.

Wichmann, dans son ouvrage spécial (1), ainsi que dans ses « Ideen zur Diagnostik (2) », pose avec précision les distinctions entre la *Febris bullosa* (pemphigus aigu, fébrile) et le *Pemphigus chronicus*, ou pemphigus proprement dit. Il établit que le vrai pemphigus est toujours une affection chronique et donne comme son opinion personnelle que le nom devrait autant que possible être restreint à une maladie offrant ce caractère.

Or il me semble que sur ce point, ainsi que dans bon nombre d'autres questions médicales, Wichmann avait raison. Je crois que ses opinions étaient plus justes que celles de tous ses contemporains et de la plupart de ses successeurs, y compris, quel que soit d'ailleurs leur

(1) « Beitrag zur Lehre des Pemphigus », 1799. Erfurth, 4.
(2) Ed. 2, 1807.

mérite, Frank, Reil, Burserius, Thomas, Darwin, Pinel, Swediaur, Boba, Eckhoud, Bünel et Robert.

Willan admettait l'existence d'un *pemphigus aigu,* outre la forme *chronique* de la maladie, qu'il appelait « *pompholyx* ». Il divisait le *pemphigus* en trois genres : *P. vulgaris*, *P. contagiosus* et *P. infantilis.* Mais il reconnaissait que le seul qu'il eût lui-même observé était le *P. infantilis*, le plus fréquent de tous. Quant aux deux autres formes, il n'en avait jamais rencontré un seul cas. Il considérait son *pompholyx* comme étant identique au *Pemphigus apyreticus* de Plenck, et au *Pemphigus sine pyrexiâ*, de Sauvages. Il décrit aussi trois espèces de *pompholyx : P. benignus*, *P. diutinus* et *P. solitarius.*

Dans l'ouvrage de Bateman « Delineations of cutaneous diseases », indiquant les caractères des principaux genres et espèces dans la classification du docteur Willan (1), il est question d'une quatrième espèce de pompholyx, qui est représentée sous le nom de *P. pruriginosus.* Il la considère comme une forme de pompholyx, compliquée de *prurigo formicans.* Bateman (comme Wichmann) mettait en doute l'existence d'un *Pemphigus acutus*, équivalant à la « *febris ampullosa* seu *bullosa* ».

Les ouvrages des derniers dermatologistes anglais — de Plumbe, Green et A. T. Thomson, à Erasmus Wilson, Tilbury Fox (2) et Hillier (3) — ne renferment aucune vue nouvelle, aucune observation clinique sur le pemphigus. Ces auteurs se sont contentés de subdiviser et de classer de nouveau les espèces décrites par leurs prédécesseurs. Wilson, par exemple, range toutes les espèces et variétés décrites par d'autres auteurs sous trois chefs qu'il désigne respectivement sous les noms de *P. acutus*, *P. chronicus* et *P. gangrœnosus.* Cette classification, toutefois, ne s'accorde ni avec les opinions que j'ai soutenues, ni avec les résultats de mon observation de cette maladie.

Avant de quitter les auteurs anglais qui ont traité la question, je ne dois pas oublier de mentionner des recherches entreprises sur l'historique de cette affection par M. Savary, travaux dont les résultats sont consignés dans un appendice du premier ouvrage de Willan (4). Dans cette compilation, œuvre d'une persévérance digne d'éloge et

(1) 4to, London, 1817.

(2) « Skin Diseases, their description, pathology diagnosis and treatment », 8vo, London, 1864, p. 115.

(3) Handbook of skin Diseases for students and practitioners », 8vo, London, 1865, p. 136.

(4) « Die Hautkrankheiten », etc.; voyez note de la page 15, vol. I.

d'un grand savoir, M. Savary rapporte tout ce qui a été écrit jusqu'à ce jour sur le pemphigus.

Les médecins qui florissaient en France au commencement de ce siècle, en y comprenant parmi d'autres Alibert et Biett, n'ont ajouté que très-peu de chose à ce que l'on savait du pemphigus. On admettait en général la division de la maladie en *P. acutus* et *P. chronicus* avec diverses subdivisions.

L'apparition de l'ouvrage de Stanislas Gilibert (1) marque une époque dans l'histoire de l'affection qui nous occupe. Cet auteur rassembla les cas de pemphigus (aigu ou chronique) qui se trouvaient jusqu'à ce jour rapportés dans les journaux et les livres, et il donna également une description de ceux qu'il avait eu l'occasion d'observer. Il divisa le pemphigus en deux espèces : *a P. acutus*, comprenant deux subdivisions : 1° *P. a. simultaneus*; 2° *P. a. successivus*; et *b P. chronicus*, formant : 1° un *P. c. simplex*, et 2° un *P. c. complicatus*. Il décrit cette dernière variété comme survenant dans le cours de diverses autres maladies, vaccine, érysipèle, gale, gastrite, péripneumonie, fièvre bilieuse (Gallenfieber), « *fièvre adynamique* », « *fièvre ataxique* », « *fièvre ataxique adynamique* », œdème, etc.

On peut considérer cet ouvrage de Gilibert comme la base sur laquelle plusieurs auteurs récents, dont quelques-uns forment même actuellement une partie du corps médical de l'hôpital Saint-Louis à Paris, ont appuyé leurs opinions concernant le pemphigus. Dans ce nombre quelques-uns, Rayer, Gibert et Duchesne-Duparc, ont suivi Gilibert, en divisant la maladie simplement en un *P. acutus* et un *P. chronicus*, tandis que d'autres, à la suite de Cazenave, ont admis certaines espèces nouvelles, notamment un *P. pruriginosus acutus*, et un *P. spontaneus febrilis*. Ce dernier auteur (2) et Chausit ont établi une autre forme distincte de la maladie, sous le nom de *P. foliaceus*. Saurel (3) a ajouté une troisième espèce appelée « *P. ulcéreux* », qui se manifeste, selon cet écrivain, chez les marins, aux membres inférieurs. Devergie enfin a apporté à cette œuvre sa contribution en indiquant un « *P. hémorrhagique* », fondé sur le seul cas d'une fille chez laquelle il existait aux membres inférieurs des bulles remplies de sérum sanguinolent, qui provenait des plaques rouges et tuméfiées d'un *urticaria tuberosa;* leur apparition était accompagnée de vives douleurs.

(1) « Monographie du Pemphigus, etc. » Paris, 1813.
(2) « Annales des maladies de la peau et de la syphilis », n° 7, 1844, février, p. 203; *ibid.*, n° 10, juillet 1852, p. 260.
(3) « Revue thérapeutique du Midi », 15 mai 1852.

Dans la littérature allemande, outre les ouvrages comparativement insignifiants de Braune, de Wilmans, Sachse, Berkowsky, Heinrich Martius et autres, il faut mentionner les monographies importantes publiées au commencement de ce siècle par Wichmann et par Braun (1), et le traité sur le même sujet, par Joseph Frank.

Dans l'ouvrage bien connu de Fuchs (2), la maladie don je m'occupe en ce moment est divisée en deux affections distinctes. La forme aiguë est appelée *Pemphigus* (*die Brennblasen*), et est divisée en *P. simplex*, *P. synochalis* et *P. symptomaticus.* On note qu'il diffère absolument comme caractère, marche et étiologie, de la forme chronique, que cet auteur appelle *Pompholyx* et divise en deux genres, *P. vulgaris* et *P. epinyctis.*

Dans l'ouvrage de G. Simon, qui traite des affections cutanées à un point de vue anatomique, cet auteur consacre un petit nombre de pages au pemphigus et se borne à colliger et à condenser les résultats auxquels sont arrivés d'autres observateurs, n'ajoutant aucune recherche qui lui soit personnelle.

A l'exception d'un livre de Lafaurie (3), de Hambourg, la littérature moderne de cette maladie consiste non en ouvrages ou brochures, mais en simples articles dans les journaux de médecine, ou en chapitres dans les traités de pathologie. Tel est le cas pour les observations de Gintrac, Malmsten, Bamberger, Veiel, Geist, Lebert, Hertz, Schuller, Merzmann, Plieninger, Schönheit et autres.

Lafaurie, justement mécontent des descriptions de pemphigus données jusqu'à ce jour, décrit la maladie comme se manifestant sous sept formes distinctes auxquelles il donne les noms suivants : 1° « *pseudo pemphigus* », 2° « *P. foliaceus* », 3° « *Eczema pemphigodes* », 4° « *Herpes pemphigodès* », 5° « *P. syphiliticus* », 6° « *P. pruriginosus* et *tuberculosus* », 7° « *P. purus* ». Il classe aussi les espèces de pemphigus d'après deux autres principes différents. Dans l'une de ces classifications on a égard à la durée de la maladie. Ainsi, on a un *P. acutus* et un P. *chronicus,* ce dernier étant le même que le *P. foliaceus* de Cazenave, tandis que le premier apparaît à la poitrine chez les nouveau-nés et les enfants. L'autre classification se rapporte aux complications du pemphigus. Il est divisé en une forme «*pure*» (*P. purus sèu exfoliativus*) et une « *compliquée* », la dernière comprenant : 1° un *P. eczematodes seu Eczema*

(1) « Abhandlung üeber den Pemphigus », Leipzig, 1823.
(2) « Die krankhaften Veränderungen der Haut », etc.
(3) « Ueber die Unzulänglichkeit der bisherigen Pemphigus-Diagnose », Würzburg, 1856.

pemphigodes, 2° un *P. herpetodes seu Herpes pemphigodes*, 3° un *P. pruriginosus*, et 4° un *P. syphiliticus*.

Mais malgré la persévérance avec laquelle Lafaurie a réuni les cas rapportés par d'autres observateurs et les a comparés avec ceux dont il a lui-même pris note, on ne peut s'empêcher de remarquer que son ouvrage laisse encore (selon sa propre expression) une « *insuffisance* » dans le diagnostic du pemphigus. Il reste sur ce point plusieurs lacunes importantes, qui ne pourront être comblées que par des recherches ultérieures.

Des autres auteurs que j'ai cités ci-dessus, quelques-uns se sont contentés d'exposer simplement les cas qu'ils ont observés ; d'autres ont cherché, avec plus ou moins de succès, dans leur histoire clinique, à préciser les caractères microscopiques et chimiques de la maladie. Lorsque je traiterai en détail de ces questions, je renverrai, pour les derniers points surtout, à ces ouvrages importants.

A ma « clinique » de l'hôpital général de Vienne, j'ai vu, dans l'espace de plus de vingt ans, cinquante cas de pemphigus. C'est sur ces faits que j'ai principalement basé la description suivante. On trouvera des notes s'y rapportant dans le « Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte », soit contenues dans mes rapports annuels, soit publiées, avec mon autorisation, par les médecins attachés à ma division dans l'hôpital.

Définition. — La maladie connue sous le nom de pemphigus (pemphigus chronicus, pompholyx) est caractérisée par le développement successif de *bullæ* ou bulles, remplies d'un liquide séreux incolore ou jaunâtre. Elle suit une marche lente ; et cela, en partie, parce que les bulles peuvent exister simultanément en grand nombre ; en partie, parce qu'il en survient continuellement de nouvelles sur différents points. Lorsqu'elle disparaît, elle ne laisse pas de cicatrices, mais simplement des taches de pigment.

Les symptômes subjectifs consistent quelquefois en une sensation de douleur, de brûlure, d'autres fois, en une démangeaison plus ou moins vive. Dans quelques cas, le malade accuse à peine une gêne quelconque qui résulte de l'affection.

Cette définition comprend, à peu de chose près, tous les traits qui caractérisent le pemphigus. Mais le mal peut présenter de grandes différences dans sa marche, et tous les auteurs médicaux ont été d'avis qu'il est nécessaire d'admettre certaines variétés comprenant chacune un groupe particulier de symptômes.

Maintenant, je ne suis, en aucune manière, dominé par le besoin de

diviser et de subdiviser les maladies d'après des caractères diagnostiques insignifiants ni de considérer comme un avantage la création d'un grand nombre de genres. Mais il m'est cependant impossible de nier que le pemphigus ne revête quelquefois des formes très-remarquables, et ne présente des caractères qui dévient évidemment de ceux qui lui appartiennent ordinairement.

A cet égard, je n'attache pas autant d'importance au nombre seul des bulles (« *P. solitarius* », « *Epinyctis* », « *Terminthus* », à moins que ce ne soit comme opposition avec *P. disseminatus*), ni aux dessins formés par leur juxtaposition (« *P. confertus* », « *P. en groupes* », de Rayer, « *P. circinatus* », « *P. gyratus* », « *P. serpiginosus* »), ni à la présence ou à l'absence de symptômes subjectifs (« *P. vulgaris* », « *P. pruriginosus* »), ni à l'âge du malade (« *P. neonatorum* »), ni même à ses complications avec d'autres maladies (« *P. hystericus* », « *P. gravidarum* », « *P. inflammatorius* », « *P. gastricus* », « *P. nervosus* », « *P. spasmodicus* », « *P. arthriticus* », etc.), dont Martius (1) n'énumère pas, dans son ouvrage, moins de quatre-vingt-dix-sept formes. Je m'en tiens seulement aux différences qui portent sur tous les phénomènes et symptômes appartenant à la maladie, et qui marquent d'une empreinte le cas comme particulier depuis son origine jusqu'à sa terminaison.

Or, en considérant le sujet à ce point de vue, on trouve *deux* formes de pemphigus. Dans l'une, la production des bulles est rémittente ou même intermittente; elles apparaissent sur la *surface cutanée* tantôt ici, tantôt là; elles sont toutes *tendues*, contenant une quantité considérable de liquide; et lorsqu'elles se déchirent et que leur contenu s'échappe, ou lorsque le liquide se dessèche, *il se forme une nouvelle couche d'épiderme*. En d'autres termes, cette espèce de pemphigus se termine *par la guérison*. Je l'appellerai le *Pemphigus vulgaris*. Il comprend le « *P. simultaneus* » et le « *P. successivus* » des auteurs.

Essentiellement différente de celle-ci est l'autre forme de la maladie que Cazenave a décrite sous le nom de *Pemphigus foliaceus*. Dans ce dernier, les bulles sont plus petites et contiennent moins de liquide, de sorte qu'on les voit toujours flasques au lieu d'être tendues. Le liquide lui-même est purulent, et, en même temps que l'enveloppe des bulles, il se dessèche sous forme de croûtes plates tout à fait semblables à celles d'un eczéma impetiginodes, avec lequel on peut, en effet, le confondre. La surface située au-dessous des croûtes est rouge et humide, comme dans l'eczéma rubrum ; et elle reste dans cet état,

(1) « Ueber den Blasenausschlag, oder Pemphigus », Berlin, 1829.

même après la chute des croûtes, ne présentant aucune tendance à se recouvrir de peau. Cette espèce de pemphigus commence toujours à la périphérie du corps. Les phénomènes auxquels elle donne naissance, à son début ou dans sa marche ultérieure, sont souvent analogues à ceux d'une brûlure au premier degré. Elle s'étend *per contiguum* sur la peau, les parties affectées au début restant toujours malades. Aussi, à la fin, recouvre-t-elle toute la surface cutanée. Elle se termine invariablement par la mort.

1° *Pemphigus vulgaris.* — Ce n'est pas chose facile de donner une description détaillée du *P. vulgaris*, car chaque cas offre des particularités d'une nature ou d'une autre, qui lui impriment un certain cachet d'*originalité.* Aussi, malgré les nombreux exemples de cette maladie que l'on est à même d'observer, on en trouvera à peine deux qui se ressemblent sous tous les rapports.

Les particularités consistent tantôt dans le nombre et la grosseur des bulles, tantôt dans leur siége et leur arrangement. Dans quelques cas, les différentes poussées de la maladie se font à des intervalles réguliers ; dans d'autres, à des périodes complétement indéterminées. Quelquefois, il survient une interruption, durant laquelle on ne voit aucune bulle, — temps pendant lequel le pemphigus est, pour ainsi dire, dans une période « *sine bullis* »; — d'autres fois, les éruptions se succèdent très-rapidement et constituent ainsi une seule poussée très-prolongée (*Pemphigus diutinus*), après la terminaison de laquelle il s'écoule souvent des mois et des années avant que la maladie ne reparaisse.

Cette multiformité dans la marche que suit le pemphigus explique le grand nombre d'espèces décrites par les anciens auteurs, et je dois avouer qu'il est beaucoup plus facile d'admettre beaucoup d'espèces distinctes que de définir les caractères d'une seule forme *normale*. Aussi la sélection d'un prototype parmi les variétés de pemphigus sera toujours plus ou moins arbitraire.

Afin donc d'avoir un point de départ pour ma description et de pouvoir décrire dans l'ordre convenable les différents symptômes de la maladie, de manière à ce qu'aucune irrégularité dans sa marche ne puisse passer inaperçue, j'esquisserai d'abord en détail une forme de pemphigus qui se termine habituellement par la guérison, et qui est de plus courte durée que toute autre, une forme à laquelle je peux par conséquent donner le nom de *P. vulgaris benignus*. Il correspond au *P. idiopathicus dispersus* des enfants, décrit par Schuller ; au *Pädophlysis bullosa* de Fuchs ; au *Terminthi neonatorum* de Plenck ;

et au *P. infantilis s. neonatorum*, et au *P. benignus* de certains auteurs.

(a) Ainsi dans le *P. vulgaris benignus*, les bulles sont tendues et en petit nombre; elles parcourent leurs phases habituelles dans l'espace d'une ou deux semaines. Le malade reste ensuite indemne pendant une période plus ou moins longue; ou, s'il ne s'écoule pas un semblable intervalle avant qu'il ne survienne une nouvelle éruption, celle-ci comme la première ne consistera qu'en un petit nombre de bulles.

On rencontre cette forme de pemphigus principalement chez les individus (enfants ou adultes) bien nourris, auparavant en bonne santé, et elle ne s'accompagne d'aucun symptôme indiquant que le système en général soit affecté. Il n'y a pas de fièvre, d'insomnie, ni augmentation de la soif, ni anorexie. Si par hasard les bulles ne se trouvent pas dans des points où elles soient exposées à quelque lésion par suite de la pression des vêtements ou pour toute autre cause, le malade n'est nullement incommodé de leur présence. La durée de cette forme de pemphigus varie avec le nombre des poussées de bulles, allant en général de six semaines à six mois.

Les bulles pourront occuper tout à fait irrégulièrement différents points de la surface cutanée, ou se réunir par groupes, étant disposées en cercles ou en demi-cercles, ou même (bien que rarement) en plaques qui s'étendent vers la périphérie, tandis qu'elles se cicatrisent au centre, avec dépôt pigmentaire. Un cas de ce genre dans lequel l'affection recouvre une vaste étendue, peut offrir un aspect remarquable et tout à fait particulier. J'ai observé un exemple analogue, dans lequel la maladie a débuté comme de coutume par des bulles isolées, mais s'est graduellement et de plus en plus étendue, jusqu'à ce qu'enfin tout l'abdomen et la poitrine présentèrent une grande surface d'une pigmentation brune, dont les bords étaient encore le siége de bulles bien marqués, tendues, et aussi de points rouges excoriés, vestiges d'autres bulles qui s'étaient récemment déchirées. Un médecin qui n'aurait pas eu l'occasion de suivre le développement de la maladie depuis son début ne l'aurait certainement pas reconnue pour un pemphigus. Le cas se termina par la guérison.

On trouve un fait analogue figuré dans l'Atlas de Wilson (1). On

(1) « Portraits of Diseases of the Skin », 1848-55. Il nous a été impossible de trouver le dessin auquel renvoie l'auteur allemand. Un cas de ce genre a été récemment admis à l'hôpital de Guy, dans le service du docteur Wilks. On trouvera quelques notes sur ce fait dans le « Medical Times aud Gazette », 1868, vol. I, p. 286.

(*Note de l'éditeur anglais.*)

peut donner à cette forme de pemphigus le nom de *P. benignus serpiginosus.*

(b) *Pemphigus vulgaris malignus* (P. diutinus, de Wilson; P. permanent et continu, des Français; P. cachecticus, de Schuller). Cette variété de la maladie est caractérisée non par quelque particularité dans la forme des bulles, mais par leur nombre et leur volume, par la succession rapide des poussées, et parce que la santé du malade s'altère rapidement; toutes circonstances qui indiquent dès le début la probabilité d'une terminaison funeste.

En général, les bulles se confondent aussitôt qu'elles sont formées, et souvent perdent leur enveloppe qui paraît (pour ainsi dire) être enlevée par la quantité de liquide accumulé au-dessous de lui. Il se forme ainsi des excoriations larges et douloureuses, qui parfois se recouvrent d'une couche d'exsudation pultacée et qui se cicatrisent sur certains points, laissant après elles des taches profondément pigmentées, tandis que d'autres parties restent sans offrir de tendance à la guérison.

Cette forme de pemphigus se termine en général fatalement.

Dans certains cas, outre les caractères objectifs décrits ci-dessus, il existe un symptôme subjectif, saillant, *une vive. démangeaison.* A mesure que les bulles augmentent en nombre, cette démangeaison s'accroît et parfois elle devient tellement insupportable que le malade se gratte incessamment nuit et jour. Il en résulte que bon nombre de bulles sont détruites, et que le sang, exsudant des surfaces dénudées, se dessèche sous forme de croûtes noires, qui modifient notablement l'aspect général du cas.

Il n'existe donc aucune différence essentielle entre le « *Pemphigus pruriginosus* » et la forme ordinaire de la maladie. La démangeaison et le grattage avec leurs conséquences se trouvent alors simplement ajoutés aux symptômes habituels du pemphigus. Ce n'est pas (comme Cazenave l'a supposé) une combinaison de deux affections distinctes, *prurigo* et *pemphigus.* Ce n'est en réalité qu'un pemphigus, bien qu'on l'appelle « *Pemphigus pruriginosus* », à cause de l'irritation qui l'accompagne.

2° *Pemphigus foliaceus* (Cazenave).

On donne ce nom à une forme de pemphigus dont la marche diffère essentiellement de celle de la variété décrite ci-dessus. Dans le pemphigus foliaceus les bulles sont généralement peu nombreuses au début; elles ne sont pas *tendues;* leurs parois sont légèrement plissées. Elles ne sont pas incolores, comme dans le pemphigus ordinaire, mais d'une teinte plus rougeâtre ou plus jaunâtre; et l'on aper-

çoit les vaisseaux sanguins injectés de la base, à travers la mince couche de liquide dans l'intérieur.

Les bulles développées en premier lieu constituent des centres autour desquels apparaissent continuellement de nouvelles bulles exactement semblables. Ces dernières se réunissent à celles qui les ont précédées ; la petite quantité de liquide qu'elles contiennent s'échappe, et elles se dessèchent en croûtes jaunes minces.

Avant que les croûtes ne soient formées, cette affection présente l'aspect d'une brûlure superficielle. A la dernière période de son évolution elle a la plus grande analogie avec un eczéma. Cazenave compare son aspect, dans cette dernière période, à celui d'une pâtisserie feuilletée (Blätterteig).

L'état que je viens de décrire est d'abord limité à une petite partie de la surface cutanée ; mais il s'étend graduellement à toute la peau, et cela sans disparaître des régions primitivement envahies.

Même dans cette forme de pemphigus, la santé du malade reste presque entièrement intacte, aussi longtemps qu'une portion circonscrite de la surface est seule envahie. Mais à mesure que les bulles se multiplient et que la peau perd de plus en plus son enveloppe épidermique, la nutrition du corps commence à s'altérer, et l'anorexie, l'insomnie viennent aussi exercer leur fâcheuse influence sur l'économie. On observe de temps à autre des redoublements fébriles, qui sont quelquefois rapidement suivis de nouvelles éruptions de bulles. Règle générale, cependant, ces attaques ne durent qu'un ou deux jours. Au début, elles ne se manifestent qu'à de longs intervalles ; mais plus tard elles se succèdent plus fréquemment, et à la fin, la fièvre devient continue avec de très-légères (ou même sans aucunes) rémissions.

Il existe souvent des coliques et de la diarrhée comme symptômes concomitants. Le cerveau et les organes thoraciques sont habituellement sains. Le *Pemphigus foliaceus* se termine toujours d'une manière funeste, chez les enfants et chez les adultes.

En décrivant le pemphigus comme une affection qui survient sous deux formes principales n'offrant que des modifications peu importantes, je n'ai nullement l'intention de faire supposer que ces formes sont entièrement distinctes et essentiellement différentes l'une de l'autre, ni de nier que dans des cas opiniâtres, on ne rencontre parfois des états intermédiaires.

On trouve, en effet, quelquefois que les bulles sont plus larges et plus tendues au début que lorsque l'affection, persistant pendant plu-

sieurs années, a subi des récidives répétées. Dans beaucoup de cas on peut observer un phénomène semblable, même après chaque poussée de la maladie. Au début d'une jetée, les bulles ressemblent à celles d'un *P. benignus;* à la fin, elles présentent tout à fait l'aspect appartenant à un *P. foliaceus*.

En outre, on peut dire la même chose du « *P. pruriginosus.* » J'ai vu des cas dans lesquels il y avait d'abord de la démangeaison, mais où ce symptôme disparaissait ensuite pour revenir lorsqu'il se faisait une nouvelle poussée, ou que celle-ci était imminente.

Ainsi, quoique la forme des bulles soit en partie liée au degré de malignité de l'affection, leur flaccidité s'explique par le fait seul de l'ancienneté du mal. Les forces du patient s'épuisent ainsi, et il devient anémique ; en outre, la maladie s'étend à l'épiderme lui-même.

Dans les paragraphes précédents, j'ai décrit le pemphigus tel qu'il s'est en général présenté à mon observation. Il me reste encore à indiquer une forme de l'affection dont je n'ai observé qu'un seul exemple, mais qui, pour cette raison même, mérite une mention spéciale, afin que l'on soit à même de pouvoir le comparer avec des faits du même genre qui pourront se présenter ultérieurement à l'observation.

Le cas auquel je fais allusion est celui d'une femme, âgée d'environ quarante ans, que j'avais soignée six ans auparavant d'un pemphigus bénin ordinaire, et qui depuis lors avait joui d'une bonne santé. Sans aucun symptôme prémonitoire, il survint sur ses doigts et ensuite sur d'autres parties des membres et même sur le tronc, des bulles de diverse grosseur, contenant un liquide jaune ou blanchâtre. En perçant les bulles (ce qui a permis à une partie de leur contenu de s'écouler), le derme qui formait leur base fut mis à nu, et l'on trouva sur cette surface une matière jaune blanchâtre, d'aspect glanduleux (*drusig*), convexe de manière à former une saillie dans la première cavité, et si fortement adhérente qu'il était impossible de la détacher. Cette substance était évidemment de nature pultacée. Plus tard elle fut éliminée, et la surface habituelle rouge se trouva alors exposée à l'air, recouverte d'un nouvel épiderme, qui prit graduellement les caractères d'un épiderme sain, à cette différence près qu'il renfermait du pigment.

L'affection se prolongea pendant trois mois. La malade guérit et n'a depuis lors jamais éprouvé de rechutes.

On pourrait donner à ce cas le nom de *Pemphigus diphthericus.*

Dans le pemphigus, il survient quelquefois des bulles sur la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx. Lorsqu'il en est ainsi, la peau est aussi le plus souvent affectée, mais non pas toujours ; on a observé des bulles sur la muqueuse alors que le tégument en était indemne (1).

J'ai vu une jeune fille qui avait été pendant plusieurs années sujette à des éruptions fréquemment récidivantes de bulles, qui détruisaient tout l'épithélium de la muqueuse pharyngo-buccale au point que la malade était dans l'impossibilité de manger ou de boire, et même souffrait de la dyspnée.

Ce n'est que rarement, toutefois, que les membranes muqueuses sont affectées d'une manière aussi étendue que dans le cas dont je viens de donner la description. Bien plus souvent, il paraît une seule bulle ou quelques bulles disséminées, avant ou en même temps qu'il survient une poussée de pemphigus ordinaire sur la peau. Ou, encore, elles ne se produisent qu'à la fin de l'attaque, persistant alors après la disparition des bulles de la surface cutanée.

En effet, il est bien plus exceptionnel d'observer sur une muqueuse de véritables bulles, c'est à dire des élevures de l'épithélium, avec des collections de liquide sous-jacentes. Cette membrane offre si peu de résistance qu'elle cède presque aussitôt qu'une accumulation de sérum commence à se former au-dessous d'elle. Elle apparaît alors comme une enveloppe membraneuse blanche, qui est très-sujette à être roulée sur elle-même par les mouvements de la langue, qui en dernier lieu se détache et que les malades rejettent par la bouche. Les excoriations qui se produisent ainsi guérissent assez rapidement, et sans laisser de cicatrice. A moins que ces bulles imparfaites ne se développent avec des dimensions excessives et ne se succèdent très-rapidement, elles n'ont qu'une importance insignifiante et ne donnent lieu à de la douleur que pendant très-peu de temps. Toutefois elles sont pour le malade une plus grande cause de gêne que celles qui existent sur la peau. Il est également possible qu'elles atteignent l'épiglotte, rendent cette région œdémateuse, et déterminent ainsi de la suffocation.

Dans le pemphigus, les symptômes généraux sont peu nombreux et ne méritent une mention que durant les périodes plus avancées de la maladie. Pendant plusieurs années, le malade mange et dort comme de coutume, conserve son poids et ses forces physiques. Dans certains

(1) Rollet a décrit un cas de ce genre dans le Wochenschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte, année 1862, n° 19.

cas, cependant, l'économie est fortement atteinte dès le commencement même de l'éruption. De plus, les poussées de bulles sont parfois précédées d'une excitation fébrile qui se reproduit avant chaque récidive et en dernier lieu devient continue ou seulement légèrement rémittente.

Si un malade atteint de pemphigus perd l'appétit pour quelque temps, c'est un symptôme défavorable et indiquant une terminaison rapide. Un autre symptôme d'aussi mauvais augure, c'est la diarrhée continuelle qui accompagne parfois cette affection. J'ai observé chez quelques-uns de mes malades une pneumonie intercurrente, qui dans quelques cas s'est même terminée d'une manière fatale ; tandis que d'autres sujets ont été affectés de tuberculose des poumons et du péritoine.

Etiologie. — Si parfois il y a difficulté extrême à déterminer avec quelque certitude les causes sous l'empire desquelles naissent des affections qui (comme le psoriasis) surviennent fréquemment, les difficultés sont encore bien plus grandes quand il s'agit d'une maladie aussi rare que celle dont je m'occupe en ce moment.

Je dois, avant d'aller plus loin, donner quelques détails sur la fréquence du pemphigus, comparativement à celle des autres maladies.

Des recherches que j'ai eu l'occasion de faire à l'Hôpital-Général, à la Maternité et à l'hospice des Enfants trouvés de Vienne, et des rapports annuels publiés par les médecins de ces établissements, il résulte que l'on rencontre un cas de pemphigus sur 10 000 adultes et un sur 700 enfants à la mamelle. Or, le nombre total des malades dans l'Hôpital-Général est de 20 000 à 26 000; celui des enfants dans l'hospice des Enfants trouvés est en moyenne de 85 000. Le nombre des cas de pemphigus serait donc, dans le premier établissement, de 2 à 2 1/2, dans le second de 12 1/2 chaque année.

Ces données s'appuient sur les rapports imprimés des hôpitaux en question pour les dix années de 1854 à 1863; pendant cette période, 233 000 cas en tout furent traités dans l'Hôpital-Général, tandis que 86 667 enfants reçurent les bienfaits de l'institution des Enfants trouvés.

Mais il ne faut pas oublier (notamment en ce qui concerne le pemphigus survenant chez les adultes) que quand, dans les rapports mensuels ou annuels d'un hôpital, on rapporte le nombre de cas de diverses affections, il ne s'agit pas toujours nécessairement de *nouveaux* cas. Par exemple, le pemphigus dure souvent si longtemps que le malade vient une seconde et même une troisième année réclamer des soins à l'hôpital. Le pemphigus peut encore revenir à plusieurs reprises; mais

il est possible que le malade soit de nouveau admis, ce qu'il ne faut pas perdre de vue. Il est alors inscrit non comme s'il s'agissait d'une rechute de l'affection primitive, mais comme un cas *nouveau*.

Donc si l'on évalue au chiffre de cinquante le nombre des cas de pemphigus que j'ai observés à l'Hôpital-Général pendant une période de plus de vingt ans (sur un total annuel de 25 000 malades), ce chiffre n'indique pas cinquante individus distincts. Il ne comprend certainement pas plus de quarante malades différents.

Si j'évalue approximativement au même nombre les cas de pemphigus que j'ai rencontrés dans ma pratique particulière à Vienne ou ailleurs, il en résultera un total d'environ 100 cas comme base sur laquelle repose la source des notions que je puis posséder sur cette affection.

Il est vrai que j'ai eu aussi des occasions de voir les pemphigus qui survenaient dans l'hospice des Enfants trouvés. Mais il est facile de comprendre qu'il ne m'a pas été possible de les étudier aussi complétement que ceux admis dans mon service à l'Hôpital-Général. En effet, je n'ai été à même de les observer que lorsque l'un des médecins de cet établissement a eu la bonté de m'informer de la présence dans les salles de quelque fait particulièrement intéressant. Toutefois l'exposé numérique des cas qui s'y sont présentés est exact ; et les rapports publiés par les médecins (qui me sont personnellement connus) sont tels que je peux m'en servir avec confiance.

Ces tableaux indiquent que les enfants nouveau-nés et les enfants à la mamelle sont beaucoup plus sujets au pemphigus que les adultes, et cela dans la proportion de 100 à 17. En d'autres termes, la maladie survient chez les enfants quatorze fois plus souvent que chez les adultes.

Chez les adultes ou chez les enfants, les deux sexes paraissent également sujets au pemphigus. Dans les cas observés à l'hospice des Enfants trouvés durant les dix dernières années, 57 sont survenus chez des enfants du sexe masculin et 58 du sexe féminin. Sur vingt-cinq malades admis dans l'espace de cinq ans à l'Hôpital-Général, douze étaient des hommes et treize des femmes.

Quant à la fréquence relative de l'affection aux différents âges, il faut remarquer qu'il n'y a rien de spécial à cet égard, soit dans la jeunesse, soit dans l'enfance, soit dans la vieillesse. Mais, ainsi que je l'ai déjà démontré, elle est plus commune chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle que chez les adultes.

Quelques auteurs ont avancé que dans l'enfance le pemphigus est

plus souvent aigu, chez l'adulte plus fréquemment chronique. Mais cette différence tient simplement à ce que, chez les enfants, toutes les maladies suivent une marche plus rapide, et se terminent dans un intervalle de temps plus court que chez les adultes. Il n'y a donc aucune raison de supposer que le pemphigus « aigu » de la première enfance soit une espèce distincte.

Dans sa « Monographie du pemphigus » (p. 267), Gilibert a posé certaines questions relativement à l'étiologie de la maladie, questions auxquelles il s'est efforcé de répondre en s'appuyant sur son expérience personnelle ou sur les observations des autres auteurs. Ces questions sont les suivantes :

1° Existe-t-il des contrées dans lesquelles cette affection est plus commune que dans d'autres ?

2° La saison de l'année ou des conditions atmosphériques quelconques exercent-elles une influence sur son apparition ?

3° L'application d'une substance sur la peau peut-elle le provoquer ?

4° La nature des aliments ou de la boisson favorise-t-elle son développement ?

5° L'âge ?

6° Le sexe ?

7° Le tempérament ?

8° Les émotions morales ?

9° La suppression des époques, des lochies ou du flux hémorrhoïdaire ?

Toutes ces conditions ont-elles de l'influence sur son origine ?

10° Cette affection est-elle due à la « rétrocession » de quelque autre affection de la peau ?

11° Ou à l'omission de saignées habituelles, ou à un état pluvieux, froid du temps ?

12° Est-elle épidémique ?

13° Est-elle endémique ?

14° Ou contagieuse ?

Je discuterai actuellement ces différents points, conservant autant que possible l'ordre établi par l'auteur que je viens de citer.

Et d'abord, quant à la distribution géographique du pemphigus, Gilibert dit qu'il n'existe aucun pays où il s'observe d'une manière plus fréquente, et qu'il n'y a pas de conditions climatériques favorables à son développement. Si l'on rapporte de plus nombreux cas en Allemagne, en Angleterre et en France que dans d'autres parties du monde, cela tient, dit le même auteur, à l'état avancé de la médecine dans ces

trois pays. En effet, on a observé des cas de pemphigus dans l'Inde, au Brésil et dans les États-Unis d'Amérique.

En outre, les œuvres d'Hippocrate, de Celse, d'Aëtius, de Paul d'Egine, d'Avicennes, de Rhazès, de Fernelius, de Sennert, de Musitanus, de Forestus et autres, contiennent des passages qui montrent que la maladie existait dans l'antiquité.

Ni la saison de l'année, ni une condition atmosphérique quelconque ne paraissent avoir de l'influence sur le développement du pemphigus. Il résulte des observations recueillies qu'il est tout à fait inexact de croire que l'affection soit plus fréquente à une époque de l'année qu'à une autre. On l'a rencontrée dans la même proportion, durant toutes les saisons.

Il est vrai que Gilibert relate un certain nombre de faits dans lesquels la maladie paraît avoir été occasionnée par l'action d'un grand froid ou d'une chaleur intense, sur des personnes qui n'étaient pas habituées à une température semblable. Il fait également allusion à une description faite par Christian Séliger, du cas d'un homme de cinquante ans, chez lequel le pemphigus fut produit par l'action d'un *vent malsain*, et se termina dans l'espace d'une semaine. De plus, Delius mentionne un autre fait dans lequel la même maladie survint, chez un homme âgé de cinquante-deux ans, qui « s'était exposé à l'air du soir (der Abendkühle), tandis que son corps était en sueur ». Robert a vu le pemphigus chez un homme qui avait pris « froid ». Dans un cas décrit par Miroglio, on rapporte un effet semblable dû à la même cause. D'autres exemples du même genre ont été relatés par Consbruch, Hoffmann, Langhans et autres.

Mais l'exactitude de ces propositions n'est pas suffisamment prouvée par les faits sur lesquels elle repose. C'est une présomption arbitraire de supposer que le pemphigus ait été causé par des refroidissements, par un vent malsain, simplement parce que les individus ont été exposés à l'une ou l'autre de ces influences avant que la maladie ne fît irruption. L'hypothèse, dans ce cas, ne présente pas une application plus rationnelle que dans beaucoup d'autres affections internes ou externes, dont la cause réelle nous est inconnue, et que nous sommes disposés à attribuer à des influences fantaisistes, telles que celles que j'examine en ce moment.

Les ouvrages de de Meza, Plenck, Hoffmann et Langhans contiennent de minutieux détails sur la production du pemphigus due au fromage, à des aliments malsains ou décomposés de tout genre et à un abus excessif des boissons alcooliques, notamment

du vin d'Aunée (Alanthwein), de l'eau-de-vie de grain ou du cherry.

Or, comme je l'ai déjà plus d'une foisé noncé (dans les chapitres sur le psoriasis, le prurigo, l'acné, etc.) (1), beaucoup de personnes acceptent des idées préconçues quant aux effets nuisibles de certains aliments, notamment les mets salés et fumés, fromage, vinaigre, etc., et particulièrement sur leur propriété de donner naissance aux maladies cutanées. De semblables idées ne se réfutent point par la simple exposition d'opinions individuelles opposées, mais par la production d'observations statistiques exactes. Je me bornerai par conséquent à faire une seule remarque sur ce sujet, — c'est que, quoique il y ait de très-grandes différences dans la nature et la composition de l'alimentation prise par le peuple des diverses nations et races, néanmoins on voit survenir les mêmes affections cutanées dans toutes les parties du monde, et elles suivent partout la même marche.

La distribution pandémique du pemphigus, — son apparition dans toutes les saisons, quoique le régime suivi à chaque période de l'année soit différent, — son existence chez les hommes comme chez les femmes, les enfants, les adultes et les vieillards, bien qu'ils aient un genre de vie très-opposé, — tous ces faits prouvent que la genèse de la maladie n'a aucun rapport avec la qualité ou la quantité de l'alimentation.

Il est vrai, toutefois, que quelques personnes sont atteintes d'urticaire après l'usage de certains aliments, et il est également positif qu'une augmentation dans la quantité de l'exsudation séreuse qui constitue les élevures dans cette maladie est suffisante pour produire des bulles. A ce point de vue donc, il est incontestable que l'ingestion d'une espèce particulière de nourriture peut donner naissance à des bulles chez des individus ayant de la tendance à être ainsi affectés, — bulles qui constitueraient un « *pemphigus ab ingestis* », pour ceux qui considéreraient la présence de bulles comme suffisante pour justifier l'emploi de cette expression. En effet, Devergie a décrit sous le nom de « *pemphigus diutinus hæmorrhagicus* » un cas d'*urticaria tuberosa*, dans lequel des bulles reposant sur une base hémorrhagique existaient au sommet des élevures primitives.

J'ai vu, en outre, des urticaires dans lesquelles des bulles s'étaient développées sur le sommet de quelques élevures, tandis que d'autres restaient dans leur état primitif. Mais, dans ces cas, je n'ai pas pensé qu'il fût nécessaire d'appeler la maladie pemphigus, puisque sa marche

(1) Voyez pages 724, 701, 412, etc.

n'était pas celle de cette dernière affection, mais celle d'une urticaire. J'ai toujours considéré les bulles comme le simple résultat d'une extension du processus pathologique (exsudation du sérum) au delà de ses limites ordinaires, comme tout à fait subordonné à l'urticaire, et se bornant à lui donner un caractère spécial (*urticaria bullosa*).

L'*excitation morale* occupe une place importante parmi les causes auxquelles Dickson et Gilibert attribuent le pemphigus; c'est, du reste, à cette même influence que l'on rattache toutes les maladies, bien que sans preuve à l'appui de cette assertion. C'est là une espèce d'*ultimum refugium* pour l'étiologie des affections de la peau; on y range tous les faits qu'il est impossible de rapporter à aucune autre origine, ni même au froid. Pour ma part, je n'attache aucune valeur aux affirmations de ce genre. De 1848 à 1860, les habitants de Vienne traversèrent des circonstances qui, chez bon nombre d'entre eux, engendrèrent de fortes et fréquentes excitations morales, exhilarantes ou dépressives. A cette époque, il y eut beaucoup de motifs de se réjouir excessivement, encore plus de raisons de gémir; il y eut de grandes vicissitudes dans les affaires; mais le pemphigus ne fut pas plus fréquent que les années précédentes.

D'après Gilibert, les personnes d'un tempérament lymphatique et celles d'une constitution débile ou affaiblie, sont particulièrement disposées au pemphigus chronique. Toutefois, je crois que l'on a sur ce point confondu l'effet avec la cause, car un pemphigus de longue durée diminue toujours les forces et altère la nutrition du malade.

Au nombre des causes auxquelles on a rapporté le pemphigus (comme d'ailleurs pour bon nombre d'autres affections), se trouvent certains « *loci communes* », tels que la suppression des règles, des lochies et du flux hémorrhoïdaire (on ne donne aucune explication sur la cause de cette suppression). Il faut nécessairement entendre que « suppression » est ici un synonyme de « cessation » ou « absence ».

Or, la cessation ou l'absence du flux menstruel est rarement le résultat d'une maladie constitutionnelle; elle est, en général, occasionnée par quelque affection des organes génitaux eux-mêmes. Diverses altérations morbides dans les ovaires, les trompes de Fallope ou l'utérus peuvent empêcher la menstruation; mais, à l'exception de la grossesse, je ne connais aucun processus capable d'amener intentionnellement la *suppression* de l'écoulement menstruel (1).

(1) Opposons immédiatement à cette assertion beaucoup trop générale, le fait presque constant de la cessation des règles chez les phthisiques arrivées à une certaine période de la maladie. (A. D.)

On peut dire la même chose des lochies et du flux hémorrhoïdal. Il n'existe aucune preuve de la vérité de l'opinion dominante que la cessation d'un écoulement de cette nature soit le résultat d'un refroidissement. Selon toute probabilité, c'est à quelque trouble fonctionnel ou organique, — soit de l'appareil sexuel, soit de l'économie, — qu'est dû l'arrêt de la sécrétion ou le retard de son apparition (1). Or. si dans un cas de dysménorrhée (par exemple) il survient un pemphigus, il n'est pas nécessaire de rattacher ces deux faits l'un à l'autre comme cause et effet; ils peuvent tous les deux être la conséquence de la même affection générale. Comme preuve de l'exactitude de ce raisonnement, je pourrais rappeler que la cessation du flux est infiniment plus commune que le pemphigus, et que la « suppression » d'un écoulement, lorsqu'il était associé avec une semblable éruption, ne la précède pas nécessairement, mais souvent l'accompagne, ou même encore apparaît plus tard.

Je ne nie donc point l'existence du « *pemphigus hystericus* » des auteurs. J'explique simplement que elle est sa nature réelle. Ce pemphigus, d'après les enseignements de l'expérience, apparaît et disparaît parallèlement avec la série de symptômes « hystériques », fait qui n'aura rien d'étonnant si l'on considère que la même cause pourrait donner naissance à d'autres affections cutanées (comme, par exemple, l'urticaire) qui compliquent le pemphigus et ne s'en distinguent, en réalité, que par une différence de degrés. De plus, l'existence d'un *pemphigus hystericus* réel est démontrée par l'apparition de cette éruption comme un accompagnement constant de la grossesse, et par sa disparition (dans ces cas) en un court laps de temps après la délivrance.

Certains auteurs (entre autres Hoffman et Hebréart) ont prétendu que le pemphigus pouvait être déterminé par l'omission de saignées faites à des intervalles réguliers; et le second affirme même qu'il peut résulter de l'interruption d'une très-forte diarrhée. Dans mon opinion, de semblables affirmations ne sauraient figurer plus longtemps dans le cercle des discussions scientifiques.

(1) M. le professeur Hebra dit que « c'est la même chose ». — Oui, excepté que c'est tout le contraire. Il a plu à notre auteur de soutenir que l'aménorrhée ne procède que de causes locales. Il lui plaît maintenant d'avancer que la suppression du flux hémorrhoïdal est due à un trouble fonctionnel. C'est là, comme on voit, pour chacun des deux cas une doctrine étiologique toute différente. Eh bien ! la vérité est, croyons-nous, en dehors de ces affirmations exclusives. Nous ne nions pas que souvent, le plus souvent, ce ne soit une altération viscérale qui supprime le flux hémorrhoïdal; mais il est des cas — et nous en connaissons positivement — où il a suffi de lotions ou de lavements à une température basse pour amener cet accident.

Nous insistons d'autant plus volontiers sur ces justes réserves que, faute d'en tenir compte, ce n'est pas seulement la thérapeutique, mais l'hygiène, qui serait mise en oubli, au grand préjudice des malades. (A. D.)

Stewart, Gilibert et Robert avaient supposé que l'existence antérieure, et notamment la « *suppression* » (c'est le terme qui était autrefois en vogue) de certaines maladies, telles que la rougeole, le rhumatisme et la teigne étaient capables d'occasionner le pemphigus ; mais nécessairement sans apporter la plus légère preuve à l'appui de cette opinion.

D'autres auteurs ont attaché une grande importance, quant à la cause de cette maladie, à une prétendue *suppression* des urines et même à une véritable affection des reins. C. G. C. Braune (1), par exemple, dit : « Les reins (ou les organes excréteurs de l'urine), le foie et les autres viscères ou glandes sont obstrués ou le siége d'un infarctus, ou leurs vaisseaux sanguins sont contractés par un spasme temporaire. Or, leur fonction est d'expulser du corps certaines matières âcres qui ne sauraient être utilisées dans un but nutritif. Si ces matières sont retenues par des spasmes ou par des obstructions d'une nature quelconque, elles seront nécessairement rejetées à la peau, par suite de la sympathie qui existe entre elles et les reins, et elles forment sur la surface cutanée une éruption particulière et « identique» (identisch). Aussi, selon toute probabilité, le pemphigus est essentiellement dû à un principe âcre (Schärfe) retenu dans les reins et poussé sur la peau. »

Cet écrivain énumère également au nombre des causes du pemphigus les concrétions pierreuses dans les reins ; et il divise, en conséquence, le pemphigus chronique en une variété spasmodique, ou *P. hystericus*, un *P. ab infarctibus renum* et un *P. à concrementis calculosis in renibus.*

Cette théorie de Braune fut plus tard adoptée par Heinrich Martius et surtout par Fuchs. Ce dernier décrivit (2) son « *Pompholyx pemphigus chronicus* » comme « une des plus rares dermapostases, survenant avec autant de fréquence dans les troubles urinaires symptomatiques que dans ceux idiopathiques ». Et, de plus, « le *Pompholix vulgoris* résulterait parfois d'une altération légère et transitoire de la sécrétion urinaire ». Il le mentionne comme se manifestant lorsque la sécrétion critique des urines, à la fin des maladies aiguës, a lieu, par suite de l'abus d'une alimentation stimulante qui irrite d'une manière excessive l'appareil urinaire.

A l'appui de ces assertions, Fuchs mettait en avant certaines données chimiques, reposant sur l'observation des réactions de l'urine et du

(1) « Versuche über den Pemphigus und das Blasenfieber », Leipzig, 1795, p. 63.
(2) *Op. cit.*, p. 456.

contenu des bulles du pemphigus. Ainsi il (1) énonçait que le liquide des bulles a une réaction acide, et que, quand elles se déchirent, elles laissent des plaques humides et des ulcères d'où s'exhale une sécrétion semblable à de l'urine.

Déjà en 1842 (2) j'ai réfuté cette théorie, non-seulement par des observations cliniques, mais encore en citant les résultats d'analyses faites par le professeur Raysky sur le liquide des bulles, et sur le sang et l'urine de malades affectés de pemphigus. Peu de temps après, le docteur C. B. Heinrich (3) de Bonn, ainsi que Simon et Aldridge adoptèrent ma manière de voir, à la suite des recherches auxquelles ils s'étaient livrés et des cas qu'ils avaient observés; et depuis lors la théorie de Fuchs est tombée dans un discrédit complet.

Il est impossible de prouver que, tout autant qu'une métastase de l'urine, l'arthritis et la syphilis ne puissent pas être la cause du pemphigus. Tout récemment, en effet, le docteur M'Call Anderson (4) a publié la description d'un pemphigus *syphilitique* de la paume des mains et de la plante des pieds, survenant, chez un malade adulte, coïncidant avec des éruptions incontestablement syphilitiques sur la tête et la face, et avec d'autres manifestations de cette affection. Ricord (5) a également décrit et représenté un fait analogue. Mais même en admettant l'exactitude de ces observations, elles ne prouvent pas, et les auteurs qui les ont rapportées ne supposent pas que les formes de pemphigus dont je parle actuellement soient le résultat de la syphilis.

Soit chez les enfants, soit chez les adultes, les bulles auxquelles donne lieu la syphilis présentent des caractères particuliers qui permettent de reconnaître immédiatement leur origine syphilitique, à ceux qui ont l'expérience nécessaire, exactement de même que pour les autres manifestations cutanées de cette maladie.

Je puis à cet égard renvoyer le lecteur, pour les caractères différentiels de la *syphilide bulleuse*, à la description détaillée que l'on trouvera au chapitre du diagnostic.

Au risque de paraître prolixe, je dois faire remarquer que bien que l'application de divers irritants sur la peau puisse produire des bulles,

(1) *Op. cit.*, p. 451 et suivantes.
(2) « Medizinische Jahrbücher des öst. Staates », 1842, p. 324.
(3) « Mikroskopische und chemische Beiträge zur praktischen Medicin », Bonn, 1844, p. 89.
(4) « A syphilitic Pemphigus in the adult, is there such a disease ? » Glasgow medical Journal, juillet 1864, p. 138.
(5) « Traité complet des maladies vénériennes », Paris, 1851, pl. xxv,

ces dernières cependant, quoique nombreuses, ne constituent pas un *pemphigus*. Au nombre des irritants doués de cette influence sont la chaleur et le froid, des agents mécaniques (telles que la pression et le frottement), chimiques, comme l'*Empl. cantharidis*, les sinapismes, le *mezereum*, etc.

Parmi les autres causes auxquelles on a rapporté la maladie sont compris les refroidissements (Consbruch), la malpropreté (Hebréart), l'immersion dans l'eau de marais fétide (Gilibert), la morsure d'un serpent, le contact même d'un serpent mort, dans le Brésil (Sauvages), la morsure d'un chien, traitée pendant longtemps par des applications irritantes (Mouton), et, enfin la dissection d'un porc mort d'une affection gangreneuse (brandige Bräune). Mais les faits sur lesquels ces propositions s'appuient appartiennent tous à l'une ou à l'autre des deux catégories suivantes; soit que ç'aient été des cas dans lesquels, *non un pemphigus, mais des bulles en certain nombre*, étaient en effet produits par la cause alléguée; soit que l'on eût en réalité affaire à de véritables pemphigus, pour l'interprétation desquels, toutes les autres causes reconnues manquant, on rapportait l'éruption à une circonstance quelconque dans laquelle le malade s'était trouvé en rapport précisément avant que l'éruption ne se manifestât.

La littérature médicale contient de nombreux témoignages de l'existence d'un *pemphigus* épidémique, à différentes époques et dans diverses localités. Ceux qui soutiennent la réalité d'un pemphigus aigu pensent que c'est ce dernier qui apparaît d'une manière épidémique. On trouve des descriptions de cette maladie rapportée par Schenck dans le XVIe siècle (1588); dans le XVIIIe par Albrecht (1732), Thierry (1) (1736), Langhans (2) (1752), et Macbridge, d'Irlande (1766); et, même dans le XIXe par Petiet et par Whitley Stokes, de Dublin (1810), dans un article sur le « Pemphigus gangrœnosus ».

De ces épidémies on dit que deux (celle qui eut lieu à Prague en 1736, et celle qui régna en Suisse et fut décrite par Langhans) présentèrent un caractère particulièrement malin et paraissaient évidemment contagieuses.

N'ayant jamais été assez heureux pour observer une épidémie de pemphigus, je suis obligé de m'en référer aux descriptions données par les auteurs ci-dessus. Cependant j'exprimerai mon assentiment à une remarque critique, faite par Gilibert, savoir : que dans tous ces

(1) « Médecine expérimentale », 1755; « Pemphigus des camps ».
(2) « Beschreibung des Limathales », 1753, Zürich; « Acta Helvetica », II, p. 260 (« Pemphigus helveticus »).

cas la présence réelle d'une *maladie épidémique*, en outre des bulles, est suffisante pour prouver que celles-ci du moins n'étaient pas l'agent de communication de la maladie ; mais que le pouvoir de transmission lui-même appartenait à l'*affection* que l'on supposait la cause de l'éruption, mais dont aucun écrivain n'a donné une définition précise.

Les auteurs ont été longtemps divisés sur la question de savoir si le pemphigus est ou non contagieux. Linnée, Cullen, Vogel, Macbridge, Blagden et beaucoup d'autres ont affirmé qu'il en est ainsi ; Pison et Morton Dickson ont soutenu le contraire. Husson, Ozanam, et Martin ont sans succès inoculé le liquide des bulles, et j'ai fait la même expérience sans obtenir de résultat plus satisfaisant, que l'inoculation ait eu lieu sur le même malade, sur un sujet sain, ou sur moi-même, dans tous les cas que j'ai eu l'occasion d'observer.

Le pemphigus n'est nulle part *endémique*, ainsi que je l'ai déjà énoncé dans le paragraphe où il est question de sa distribution *pandémique*.

Certains auteurs, entre autres Lafaurie, signalent ce qu'ils désignent sous le nom de « pemphigus *simulé* »; par là, ils entendent évidemment désigner ces bulles qui sont produites avec intention par le malade, par suite de quelque irritant appliqué sur la peau. Or, je ne suis pas d'avis que le terme *pemphigus* soit parfaitement approprié à ces affections bulleuses artificielles. Néanmoins je vais indiquer plusieurs influences capables de donner naissance à des bulles, en d'autres termes, à un « *pemphigus simulé* ».

En premier lieu, presque tout le monde sait que la pression des vêtements ou des bandages, le frottement de deux surfaces opposées de la peau peuvent produire une ou même plusieurs bulles. On le voit, par exemple, à la plante des pieds, sur les talons, sur le dos des orteils, chez les soldats, les journaliers, les touristes et même chez les personnes qui se promènent beaucoup dans les villes. Ces « ampoules » empêchent les individus de se promener commodément ; elles peuvent même être un obstacle absolu à la marche. Lorsqu'elles se déchirent, on voit une surface ulcérée qui occasionne beaucoup de douleur. Et si elle est itérativement irritée par la pression ou le frottement, il peut survenir de la suppuration ; la peau environnante devient rouge, l'inflammation s'étend aux vaisseaux lymphatiques du membre ou de la partie affectée, et les ganglions correspondants se tuméfient et même suppurent.

Chez les enfants et chez les personnes très-grasses, il survient quelquefois, durant la marche, des bulles sur les fesses, dans les points où ces parties frottent l'une contre l'autre. On donne à cette affection le

nom de *Intertrigo bullosa* (*Blasenwolf*). En outre, des « ampoules » analogues peuvent résulter de l'application maladroite de bandages ou du port d'objets d'équipement trop lourds; on a même, pour cette raison, été obligé de renoncer à leur emploi. Certaines variétés d'ulcères de lit commencent aussi sous forme de bulles (*Decubitus bullosus*).

La formation des bulles de cette nature est surtout fréquente, si les individus se trouvaient dans un mauvais état de santé au moment où ils sont exposés à l'action des conditions mécaniques indiquées ci-dessus. Un homme en bonne santé peut rester au lit pendant des semaines et même des mois (comme on l'observe, par exemple, dans le cas de fracture d'un membre) sans que des bulles surviennent sur le sacrum ou les omoplates. Par contre, chez les fiévreux, les femmes en couches, et en général chez toutes les personnes atteintes d'affections fébriles graves, on voit dans tous ces cas se former très-rapidement des bulles, constituant ce qu'on appelle le « *Decubitus bullosus* ». Chez les enfants en bonne santé, la peau reste saine, même lorsqu'on ne les lave pas avec soin ; mais chez ceux qui sont malades, des bulles apparaissent facilement sur les fesses et à la face interne des cuisses. Il faut ranger ces phénomènes dans l'intertrigo; mais on les a incontestablement confondus souvent avec la maladie décrite par Fuchs sous le nom de *Pædophlysis madescens, bullosa, escharotica*, et que Willan appelait *Rupia escharotica*.

On sait que la chaleur est au nombre des causes qui peuvent produire des bulles, j'ai déjà parlé de cette action dans la première partie de cet ouvrage(1) sous le titre *Dermatitis combustionis, et congelationis, bullosa*.

Sous le nom de vésicants ou d' « *epispastica* », les médecins et le public sont accoutumés à appliquer sur la surface cutanée certaines substances (telles que des cantharides et l'écorce de mezereum), les supposant capables de *dériver* sur la peau toutes espèces de maladies réelles ou imaginaires. Il survient des bulles, et leur apparition est considérée comme une preuve que la « *dérivation* » a eu lieu d'une manière satisfaisante. Les opinions diffèrent évidemment quant à l'étendue que doit avoir ce topique pour faire du bien. Il y a malheureusement beaucoup de personnes (et dans ce nombre des médecins d'une grande réputation) qui pensent que l'application d'un large vésicatoire camphré est capable d'amener un grand soulagement, sinon la guérison, d'un malade atteint d'une inflammation interne

(1) Voyez pages 313, 322.

telles qu'une pneumonie, une pleurésie (1) ou une péritonite. D'autres renferment dans des limites plus étroites les indications à l'emploi des vésicatoires, en réservant l'usage dans les cas seulement où l'on suppose que l'irritation des nerfs cutanés périphériques peut atténuer ou faire cesser un état morbide du système nerveux.

Or, si quelqu'un connaissant le cours naturel des maladies ci-dessus désignées, se livre à un examen impartial, cette méthode de traitement ne justifiera certainement pas, à ses yeux, les espérances et l'attente que l'on fonde sur elle. Mais cependant la majorité de l'espèce humaine ne peut se décider à renoncer à ce produit d'une connaissance superficielle. Il appartiendra sans doute à une génération future de reléguer dans le domaine de l'histoire de telles pratiques de torture, transmises depuis l'époque d'Hippocrate jusqu'au temps actuel.

L'étude de la marche suivie par un pemphigus artificiel doit suffire pour montrer combien est erronée la supposition d'être à même de « *dériver* » les maladies internes sur la peau, en déterminant la production d'une affection cutanée (exanthématique, vésiculeuse, pustuleuse ou bulleuse). La nature a fourni une quantité de sources qui donnent lieu à une sécrétion constante de liquide que quelques-uns se plaisent à appeler la « materia peccans » ou le « principe âcre » (Schärfe) de la maladie. Le patient se réjouit peut-être lui-même (ou laisse ceux qui sont autour de lui le féliciter) de ce qu'il y a beaucoup de points par lesquels son affection peut s'écouler au dehors. Mais à la fin il s'aperçoit que, en dépit de son « *pemphigus* », il ne gagne jour par jour, ni force, ni santé ; mais que au contraire il maigrit et perd l'appétit. En effet, il devient de plus en plus malade à mesure que la sécrétion est plus abondante, jusqu'à ce qu'enfin, le temps pendant lequel toutes les *materiæ peccantes* doivent s'être écoulées étant accompli, il meurt, ce qui, on doit le supposer, laisse le patient tout à fait bien ! (2)

(1) Il existe, en effet, *beaucoup de médecins d'une grande réputation* très-convaincus qu'un vésicatoire est utile dans le traitement d'une pleuro-pneumonie, ne fût-ce que pour faire cesser immédiatement le point de côté. Et telle est effectivement la réputation de ces praticiens, que nous jugeons superflu de combattre l'opinion des auteurs qui condamnent systématiquement une méthode si avantageuse et d'ailleurs si parfaitement inoffensive. (A. D.)

(2) La très-fine ironie germanique de cette petite mise en scène laisse intactes nos convictions sur l'utilité des vésicants. Car Hebra, sous le nom de *pemphigus artificiel*, parle évidemment ici de l'affection escarhotique des fesses et du sacrum ; or n'a-t-il pas spécifié lui-même, ci-dessus, que cette éruption ne se déclare que chez les sujets déjà sous le coup d'une maladie interne grave? Eh bien ! quel praticien sensé songerait à affaiblir par l'application de vésicatoires un malade placé dans de telles conditions de santé ? Aux yeux de tout juge impartial, cette critique des vésicatoires apparaîtra donc

Les observations de Boeck et Daniellsen (1) ont récemment fait connaître une nouvelle origine d'un « *Pemphigus symptomaticus* » dans l'*elephantiasis Græcorum*. Cette terrible affection est, dans bon nombre de cas, précédée par une éruption de bulles, à propos de laquelle les auteurs que je viens de nommer font les remarques suivantes, dans le texte qu'ils ont ajouté à leur atlas :

« Dans l'*elephantiasis Græcorum*, au moment où la peau devient insensible, et seulement à ce moment, il arrive fréquemment que sur quelques points où la sensibilité de la surface a notablement diminué ou complétement disparu, il survient un pemphigus, sur l'origine duquel le malade ne peut fournir aucune indication. Les bulles se développent souvent pendant la nuit, et, lorsqu'il en est ainsi, elles apparaissent ordinairement avant que le malade ne s'éveille le matin.

» Ce n'est cependant pas un phénomène extraordinaire pour une bulle, que de survenir pendant la journée, et il est plusieurs fois arrivé que les auteurs ont (pour ainsi dire) été à même de les voir apparaître. La grosseur des bulles, dans cette affection, varie depuis celle d'une noisette jusqu'à celle d'un œuf de poule. Elles sont assez denses, remplies d'un liquide jaunâtre presque transparent, et en réalité il est presque impossible de les distinguer par leur aspect de celles que l'on voit dans les brûlures, mais leur circonférence n'est pas enflammée.

» Dans l'espace de cinq à six heures, elles perdent de leur transparence, et leur contenu devient plus visqueux; elles sont entourées d'un cercle rose-rouge d'environ un millimètre d'étendue. Elles augmentent graduellement de volume, les cercles rouges s'élargissent, leur contenu devient de jour en jour plus consistant, et à la fin prend un aspect laiteux. Vers le sixième ou le huitième jour, elles ont peut-être atteint le double de leur grosseur primitive. En dernier lieu, elles se déchirent, un liquide séro-purulent s'échappe de leur intérieur, et si l'épiderme qui forme la surface de l'ulcère (?) n'est pas enlevé, ce dernier se cicatrise en quelques jours. La cicatrice consécutive est de niveau avec le reste de la peau ; elle a une coloration légèrement rougeâtre, mais qui disparaît après un certain temps.

» Si, pourtant l'épiderme (une fois la bulle éclatée) est tombé sous l'influence d'une cause quelconque, la surface s'ulcère, et elle peut pendant longtemps continuer de sécréter un liquide visqueux puru-

d'autant plus faible, qu'on se voit obligé, pour trouver un grief à leur reprocher, d'invoquer le seul cas où il ne saurait évidemment être question d'en appliquer. (A. D.)

(1) « Recueil d'observations sur les maladies de la peau », par MM. Boeck et Daniellssen, liv. III, folio, Christiana, 1862, p. 3.

lent, qui se dessèche sous forme de croûtes humides, brunes. Parfois elles tombent et se reproduisent de nouveau. Lorsque l'ulcère guérit, il laisse une cicatrice, légèrement déprimée, d'un blanc brillant, qui ne disparaît jamais.

» Il n'y a en général qu'une bulle à la fois. Si, néanmoins, il arrive que plusieurs existent simultanément en divers points, elles suivent toutes la marche que je viens de décrire ci-dessus. Quand une bulle solitaire est survenue en un point particulier, il s'en développe presque toujours d'autres dans la même région. En effet, dans la plupart des cas, plusieurs bulles apparaissent successivement, les unes après les autres. Aussi cette maladie dure souvent plusieurs années, durant lesquelles, excepté à de très-courts intervalles, le malade n'en est jamais indemne.

» C'est plus fréquemment dans les premières périodes de l'*elephantiasis Græcorum* que ce pemphigus se développe originairement. Mais il ne disparaît pas entièrement dans les dernières phases, bien que les intervalles qui s'écoulent entre l'éruption des différentes bulles soient alors plus longs.

» Il semblerait que cette affection ait une prédilection spéciale pour certaines régions de la peau, notamment celles, comme les coudes, les genoux, les mains et les pieds, qui sont sujettes à des pressions ou à des frottements, ou à des lésions mécaniques directes. Toutefois, il ne manque pas d'exemple qu'elle ait envahi d'autres parties, — dans l'un ou l'autre cas elle attaque presque chaque région. Ainsi il est certain que la peau anesthésiée est facilement affectée par le pemphigus dans les points qui sont exposés à une légère irritation externe ; et aussi que l'affection se voit souvent sur d'autres parties, où il serait impossible de découvrir une semblable cause de son développement.»

Tout ce que je puis ajouter à ces remarques de mes distingués amis, les auteurs norwégiens que j'ai nommés ci-dessus, est que le professeur W. Boeck m'a montré à Christiania des malades affectés d'*elephantiasis Græcorum*, sur la peau desquels on voyait des cicatrices blanches superficielles, qui, comme on me l'apprit, étaient les traces d'un pemphigus antérieur.

Anatomie. — Si l'on observe depuis leur début le développement des bulles du pemphigus, on pourra y remarquer certaines variétés. Quelquefois il survient une tache circonscrite légèrement rouge, ayant environ l'étendue d'une lentille ou d'une pièce de 20 centimes ; elle est pâle au centre et peut même présenter une légère teinte blanche, indiquant le point où la bulle s'est formée, et d'où elle s'étendra extérieurement sur la surface rouge environnante. Dans d'autres cas, la

tache, outre la coloration rouge qu'elle présente, proémine au-dessus du niveau de la peau adjacente et forme d'abord une élevure qui se transforme ensuite en bulle. Dans d'autres cas encore, la bulle n'est précédée ni par une tache rouge, ni par une élevure, mais commence originairement par une petite collection de liquide transparent sous l'épiderme. Ainsi l'hypérémie de la peau peut exister avant que l'exsudation se produise, ou cette dernière peut avoir lieu avant que l'on découvre une congestion quelconque de la couche papillaire. Sous ce rapport, les bulles du pemphigus sont exactement semblables à celles qui sont artificiellement produites par des vésicants; et par conséquent, en examinant la formation d'une de ces dernières ampoules, on peut acquérir une notion suffisante du processus selon lequel se développent les bulles en général.

Or, suivant les observations de Gustave Simon (1), il survient alors en premier lieu de petites vésicules, qui augmentent graduellement de grosseur, se réunissent, et enfin forment la large bulle ou ampoule. Si l'on applique le vésicant sur une partie où les follicules pileux sont disséminés en petit nombre, l'épiderme reste en contact avec le derme dans les points où se trouvent les poils, plus longtemps que dans ceux où il n'y en a pas. La surface de la bulle nouvellement formée est alors marquée par des dépressions correspondant aux emplacements des follicules pileux, tandis que les surfaces intermédiaires sont élevées; c'est le résultat des adhérences entre l'épiderme et les follicules pileux. Mais comme la quantité de liquide dans l'ampoule va toujours en augmentant, elle déchire les adhérences, et l'épiderme est alors soulevé d'une manière uniforme.

Si l'on enlève l'épiderme formant la partie supérieure d'une ampoule et si l'on examine la surface située au-dessous, on verra qu'elle présente plusieurs petits processus qui sont en effet les parois des canaux des follicules pileux.

Dans le pemphigus, la formation des bulles se fait de la même façon.

Suivant Wedl (2), l'examen miscroscopique du contenu des bulles donne les résultats suivants: — le liquide, qui, au début, est incolore ou d'une teinte jaunâtre, ne contient originairement aucun élément figuré formé, ou renferme seulement ceux qui sont dans l'acte de développement. Soumis à la chaleur, il devient trouble par la production d'un

(1) «Die Hautkrankheiten, durch anatomische Veränderungen erläutert», 11 Aufl., Berlin, 1851, p. 195.
(2) « Grundzüge der pathologischen Histologie ». Wien, 1854, p. 244.

léger précipité floconneux d'albumine sous une forme moléculaire. Parfois même on obtient ainsi un dépôt pelliculaire. Il se produit une espèce de membrane sans structure, formant des plis, comme un rideau tiré de côté, membrane qui peut s'étendre au point de couvrir une surface considérable. Si l'on ajoute de l'acide acétique, cette substance ne subit aucune modification. Est-elle ou non d'une nature colloïde? C'est ce que des recherches ultérieures pourront déterminer. Lorsque le liquide contenu dans une bulle devient opaque, il renferme des corpuscules de pus en grand nombre. Il n'est pas rare non plus qu'il s'y trouve une petite quantité de sang, provenant du derme enflammé ; il en résulte alors que le liquide présente une teinte rouge.

Gustave Simon dit que le contenu des bulles du pemphigus consiste en un liquide trouble, blanc-jaunâtre, dont la composition correspond au sérum du sang. Dans ce liquide, on voit flotter une certaine quantité de cellules de pus ordinaires, qui, si on le laisse reposer quelques jours, forme un léger dépôt. Dans ces cas, examinés par Gustave Simon, le liquide a toujours présenté une faible réaction alcaline.

D'après mes observations personnelles, au *début de la formation d'une pustule*, l'action, sur le papier réactif, du liquide qu'elle contient, est parfaitement neutre. Mais, dans les bulles qui existent depuis un certain temps, j'ai toujours trouvé la réaction alcaline, faible d'abord, et ensuite plus prononcée.

Divers observateurs ont fait l'analyse chimique des bulles du pemphigus. Franz Simon (1) a obtenu les résultats suivants sur un spécimen de pesanteur spécifique 1018.

	Sur 1000 parties.
Graisse, comprenant la cholestérine	2,600
Matières extractives solubles dans l'alcool, lactate de soude, chlorures de sodium et de potassium	6,500
Principe soluble dans l'eau, semblable à de la ptyaline (Speichelstoff)	1,900
Albumine, avec phosphates	48,000
Eau	940
Acide acétique et corpuscules de pus, quantité indéterminée.	

Malgré les recherches les plus attentives, il a été impossible de découvrir de l'urée.

Cinq années plus tard, le docteur C. Berth. Heinrich, sous la direction de Simon, a examiné le liquide des bulles sur le même malade. Suivant Heinrich, il présenta dans cette circonstance une forte réac-

(1) « Beiträge zur physiologischen und pathologischen Chemie und Mikroskopie », 1844, Band I, p. 284.

tion acide, par suite de la présence d'acide acétique libre. Voici les résultats de son analyse :

	Sur 1000 parties.
Eau	959,8
Matières solides	40,2
Albumine et corpuscules muqueux	28,1
Graisse	3,
Matières extractives	3,
Sels fixes	4,5

Dans un cas de cette maladie que j'eus l'occasion d'observer, le professeur Raysky analysa le contenu des bulles ainsi que le sang et l'urine. Le premier de ces liquides avait une réaction faiblement alcaline (*non* acide), et une pesanteur de 1021. Il contenait 21 parties de matières solides, y compris l'albumine, la graisse et le lactate de soude; mais il n'y avait ni acide urique ni urée. Dans le sang, il n'existait pas d'urée ; la quantité de sels de soude était diminuée. L'urine était fortement acide, son poids spécifique de 1020. Elle présentait un excès d'acide lactique, ainsi que de l'urée et de l'acide urique, mais pas de sels d'ammoniaque.

On a fait bien plus fréquemment l'analyse de l'urine dans le pemphigus que celle de la sérosité des bulles. Ainsi Heller (1) a examiné l'urine d'un malade qui finalement mourut de cette affection. Le poids spécifique était de 1017, 5. Voici quels étaient ses principes constitutifs :

	Sur 1000 parties.
Eau	955,80
Matières solides	44,20
Urée	24,63
Acide urique	0,58
Matières extractives	11,79
Sels fixes	7,20

Dans les sels fixes il y avait en proportion normale les phosphates terreux ; les sulfates étaient en excès ; les chlorures comparativement diminués. La quantité d'urée était notablement inférieure à la moyenne ordinaire.

Les résultats de ces analyses du contenu des bulles dans le pemphigus, diffèrent beaucoup de ceux d'un examen fait par Girardin, du liquide de quelques bulles qui étaient survenues sur l'abdomen, et que Wilson est disposé à considérer comme ayant un caractère herpétique. — Ce liquide contenait :

(1) Heller's « Archiv für physiologische und pathologische Chemie und Mikroskopie ».

	Sur 1000 parties.
Eau	939,500
Matières solides	60,500
Albumine	49,200
Cholestérine	6,475
Extraits alcooliques	1,075
Phosphates de soude et de chaux et chlorure de sodium.	3,750

Hillier a demandé au docteur Gee d'examiner, quatre fois, à de courts intervalles, l'urine d'un enfant, âgé de sept ans, affecté de pemphigus. Les résultats, sous quelques rapports, ne semblaient pas très-concordants; mais combinés, ils donnent les chiffres suivants :

Urine	456 cent. c.,	ou 16 onces.	
Urée	17,424 grammes,	ou 268, 8 grains.	
Acide urique	0,514 —	, ou 7,93	—
Chlorure de sodium	3,893 —	, ou 60	—

Enfin, dans un cas de pemphigus observé par le professeur Bamberger, et qu'il croyait être de nature syphilitique, un des étudiants, dans le laboratoire du professeur Scheerer, fit une analyse du sang provenant d'une saignée aussitôt après l'entrée du malade à l'hôpital. On trouva les corpuscules du sang légèrement diminués, et l'albumine était aussi en plus petite quantité qu'à l'état normal. On ne constata aucun autre changement important.

Dans un certain nombre d'autres cas de cette affection, les professeurs Schneider et Schauenstein examinèrent, à ma demande, le contenu des bulles, mais sans aucun résultat particulier. Je fus verbalement informé par le professeur Schneider, que, dans un cas, il découvrit de la leucine et de la tyrosine.

Mais aucune de ces analyses (soit de la sérosité des bulles, soit du sang ou de l'urine) n'a fourni jusqu'à présent aucune base propre à suggérer quelque donnée sur la nature réelle du pemphigus. Sur cette question, beaucoup et même presque tout reste à trouver par le zèle et la bonne fortune des futurs travailleurs.

On n'a pas obtenu de résultats plus satisfaisants par les nécropsies. Lorsque le pemphigus se termine d'une manière fatale, ce n'est en général qu'après une longue maladie, durant laquelle le sujet s'émacie graduellement, et la quantité de globules de sang diminue beaucoup dans son organisme. Aussi il est évident que l'on trouve alors les phénomènes indiquant la mort par anémie : muscles pâles et desséchés; les poumons et le cœur flasques, pâles, faiblement colorés; le cerveau infiltré de sérum; affaiblissement général et manque de sang.

Telles sont, en effet, les modifications que l'on a rencontrées dans la

plupart des autopsies d'individus morts de pemphigus, soit dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, soit dans ceux rapportés par d'autres auteurs. Dans des circonstances exceptionnelles, lorsque la maladie fut de longue durée, il survint comme complications quelques autres états morbides. Ainsi, une fois une pneumonie, une autre fois une tuberculose, une troisième une ulcération folliculeuse du gros intestin, furent cause de la mort.

Le docteur Hertz, assistant de l'Institut d'anatomie pathologique de Munich, a rapporté un cas de pemphigus chronique, dans lequel il trouva une dégénérescence amyloïde du foie et de la rate. Mais, comme il en fait la remarque, on a observé cette forme de maladie dans d'autres affections chroniques (telles que la syphilis, la fièvre intermittente, le rachitisme, la tuberculose et la scrofule), et par conséquent on ne saurait la considérer comme caıactéristique du pemphigus. Ainsi que Hertz l'exprime en son langage précis : « Il est évident que le pemphigus est une de ces affections qui donnent lieu à la cachexie et au marasme, et comme conséquence, dans des conditions que l'on ignore, à la production de dégénérescences amyloïdes ». Il est également d'avis qu'il faut placer dans la même catégorie d'autres affections cutanées de longue durée. Il cite, à ce sujet, une observation du professeur Lindwurm, qui rencontra une dégénérescence amyloïde des papilles cutanées dans un cas de maladie chronique de la peau, qui se termina d'une manière fatale après une durée de douze ans, et dans lequel les symptômes étaient si hétérogènes, qu'il avait subsisté un doute fondé de savoir si l'on devait appeler la maladie pityriasis rubra, psoriasis, lichen ruber, ou ichthyose.

Je n'ai rien à ajouter à ces propositions, n'ayant fait aucune recherche dans cette voie sur les sujets qui se sont présentés à mon observation.

Diagnostic. — Il n'y a aucune difficulté pour établir le diagnostic du pemphigus lorsqu'il est dans sa période de développement complet; car il n'existe pas d'autre affection s'accompagnant de la formation de bulles sur une large surface, et survenant par poussées successives.

Mais il en est tout autrement lorsque la maladie est à son début ou quand elle existe déjà depuis un certain temps. La seule présence de quelques petites bulles sur certaines régions du corps ne suffit pas pour constituer un pemphigus ; car dans l'herpès, et même dans l'eczéma et la gale, les vésicules, lorsqu'elles sont serrées les unes contre les autres, se réunissent souvent en bulles. J'appellerai notamment l'attention sur ce que j'ai vu, chez des malades adultes, trois cas de

gale, dans lesquels il s'était développé sous les sillons de l'acarus, des bulles aussi grosses que des fèves ou même des noisettes, remplies d'un liquide transparent et semblables à celles d'un pemphigus ordinaire. On aurait certainement pris cette maladie pour un pemphigus, si l'on n'avait reconnu les cuniculi situés sur le sommet des bulles, bulles dont la présence indiquait qu'elles n'étaient que le résultat de l'irritation causée par l'acarus scabiei. Chez les enfants, la gale s'accompagne même, la plupart du temps, de phénomènes semblables.

Aussi, pour éviter de commettre cette erreur, est-il nécessaire, en examinant une éruption bulleuse, d'avoir présentes à l'esprit toutes les diverses causes qui peuvent la provoquer, et même de réserver, dans une certaine mesure, son jugement, jusqu'à ce que l'apparition d'une seconde poussée de bulles fasse disparaître tous les doutes sur la nature du cas.

Il existe cependant un autre ordre de faits à l'occasion desquels il est encore plus facile de commettre une erreur : ce sont ceux où un pemphigus a existé pendant longtemps sous une forme grave et occupant une vaste étendue de surface ; de telle sorte que, en réalité, l'épiderme du tégument tout entier, ou du moins sur de larges espaces, miné graduellement par le liquide, a été en partie enlevé, en partie compris dans les croûtes qui se sont formées. Dans ces circonstances, il ne reste plus d'épiderme sain pouvant constituer des bulles. On a rencontré les phénomènes que je viens de décrire dans cette variété de l'affection appelée *P. foliaceus ;* ils se rapprochent beaucoup de ceux présentés par un *Eczema rubrum* (*E. pemphigodes*, de Lafaurie), avec lequel, en effet, un praticien qui n'aurait pas vu la maladie à sa première période, avant qu'elle ait pris cette forme particulière, pourrait naturellement la confondre. Il y a, toutefois, des caractères qui permettent de reconnaître sa véritable nature, même dans ses dernières périodes. Ce sont la diffusion de l'éruption sur toute la surface cutanée; la faiblesse, la dépression et l'amaigrissement du malade ; l'aspect profondément pigmenté de la peau ; l'absence complète d'infiltration; et une démangeaison et une sécrétion moins prononcées que dans l'eczéma.

D'un autre côté, il est facile de distinguer un pemphigus non syphilitique d'une éruption bulleuse d'origine syphilitique. Dans la dernière, le contenu de la bulle se dessèche toujours en croûtes épaisses ; dans la première, on ne voit jamais de croûtes de cette nature, le seul point de similitude étant la formation de « crustæ lamellosæ » jaunâtres minces (Schuppengrinde). De plus, les croûtes du « pemphigus syphilitique » ont toujours au-dessous d'elles des ulcères d'une profondeur

plus ou moins grande ; tandis qu'il n'en existe pas dans la forme non syphilitique. C'est seulement au début de la maladie qu'il est possible de confondre les deux affections ; car, à ce moment, il n'existe encore ni croûtes ni ulcérations.

Je veux encore rappeler au lecteur, en parlant de ce que l'on appelle *P. acutus* (1), — que (comme fait exceptionnel, ou grâce à la réunion de vésicules originairement distinctes) on peut observer des bulles dans plusieurs autres maladies que le pemphigus. On en voit, par exemple, dans la variole et dans la varicelle, ainsi que dans l'herpès iris, l'urticaire, l'érysipèle, etc.

Pronostic. — Au début d'un pemphigus, il est impossible de dire avec certitude de quelle manière il se terminera. En général, on peut considérer comme favorables les symptômes suivants : la tension des bulles, à moins qu'elles ne soient très-nombreuses, l'absence de fièvre, l'âge peu avancé du malade, et un faible degré de débilitation. Par contre, il y aurait lieu de porter un très-fâcheux pronostic si les bulles sont flasques et peu saillantes ; si elles existent en grand nombre et surviennent chez un sujet âgé, s'il se manifeste à plusieurs reprises des symptômes fébriles, si enfin il y a perte de l'appétit et diminution des forces.

Ceteris paribus, un pemphigus est moins dangereux dans ses premières poussées que lorsque le malade a déjà éprouvé plusieurs jetées.

Ainsi il est permis de porter un jugement beaucoup plus favorable dans ces formes de l'affection qui portent les noms de *P. benignus* et *P. hystericus* que dans le *P. foliaceus*. Mais, en général, on doit toujours se tenir en garde contre une terminaison fatale du pemphigus ; aussi faut-il invariablement réserver le pronostic.

Traitement. — Les auteurs médicaux ont tellement différé sous le rapport des causes auxquelles ils ont attribué le pemphigus, qu'ils sont naturellement non moins divisés quant aux indications qu'ils ont proposées et dont ils ont fait l'essai pour sa guérison ; et cependant, jusqu'à ce jour, on n'a découvert aucun remède capable d'enrayer les progrès de la maladie.

Cette conclusion peu satisfaisante est celle à laquelle sont arrivés les observateurs de toutes les époques.

Ainsi, dans l'ouvrage de Joseph Frank (2) on trouve le passage suivant qui est digne d'attention : — « Contre le pemphigus, j'ai essayé divers remèdes, les diurétiques, les purgatifs, les antiscorbutiques, la

(1) Voyez p. 392.
(2) *Op. cit.*, 3 Theil, p. 110.

viola tricolor, les exutoires, l'inoculation de la gale, des onctions huileuses, des nervins toniques. des acides minéraux (notamment l'acide nitrique), des bains de tout genre, le soufre, le mercure, le borax, l'eau de chaux, la potasse, la soude, le lait, le régime animal et végétal, et beaucoup d'autres choses, en outre, — mais toutes inutilement. Quelques-uns préconisent le fer, d'autres la saignée, d'autres encore le froid. *Le meilleur mode de traitement de la maladie est de ne rien faire.* Dans un pemphigus simple, l'habileté et les soins du médecin sont efficaces, non pas tant par l'administration des remèdes, que par l'appréciation judicieuse des conditions dans lesquelles le malade se trouve placé, et en ce qu'il le préserve de tout ce qui pourrait être nuisible. Très-certainement il est inutile de chercher un *spécifique.* Il faut agir suivant les indications générales et s'efforcer au moins d'atténuer les complications accidentelles qui peuvent survenir. »

A côté de cette citation d'un écrivain de la première génération, je puis placer les remarques suivantes de l'ouvrage du docteur Hertz sur le pemphigus chronique : — « Plus une maladie résiste énergiquement à tous les traitements médicaux, plus nombreux sont les remèdes que l'on a proposés pour sa guérison.... Suivant les observations les plus dignes de confiance, il n'existe aucun spécifique réel, et, par conséquent, on ne peut diriger le traitement que contre les symptômes les plus accusés. »

Dans mon essai sur le pemphigus (1), publié en 1842, auquel j'ai déjà plusieurs fois renvoyé, j'ai donné les résultats de mon expérience personnelle (alors peu étendue) quant au traitement de la maladie. Je disais qu'elle ne serait guérie ni par les diurétiques ni par les drastiques, — ni, d'autre part, par les toniques (tels que les amers, la quinine ou les acides), un régime abondant et du vin. Et actuellement, au bout de vingt-trois ans, ayant de nouveau à exprimer mon opinion, je ne puis que confirmer de tout point celle que j'avais alors formulée.

En effet, je ne connais encore *aucun médicament interne* qui se soit montré efficace contre le pemphigus. Selon moi, on n'a pas obtenu de résultat satisfaisant des remèdes ci-dessus nommés, ni de beaucoup d'autres, ni de l'arsenic, de l'iodure de potassium et des sels de fer recommandés par les auteurs anglais et par quelques médecins allemands (Veiel, Lebert et Plieninger), ni de longs séjours aux eaux minérales, y compris même le Mühlbrunnen à Carlsbad (qui est spécialement recommandé par Oppolzer), ni enfin des acides hydrochlorique, acétique

(1) « Med. Jahrbücher », 1842, september, p. 322.

et autres. L'emploi des acides fut d'abord suggéré par Rayer, qui disait avoir guéri cette affection par l'administration continue de limonade contenant de l'acide sulfurique et nitrique; et Bamberger a préconisé le même traitement, d'après ce principe que l'acide neutralise l'ammoniaque qu'il suppose exister dans le sang des malades affectés de pemphigus.

Je puis donc dire avec vérité que je ne connais aucune manière de guérir le pemphigus par l'administration de remèdes internes.

Le seul traitement à l'aide duquel j'ai toujours réussi à diminuer et à faire disparaître les bulles, même pour un certain temps, et ainsi à arrêter évidemment la maladie, c'est l'emploi des applications *locales*. Mais malheureusement je n'ai obtenu ce succès que dans un petit nombre de cas, et même sans pouvoir déterminer exactement les indications spéciales d'un agent plutôt que d'un autre. Ainsi, j'ai trouvé que, chez quelques malades, l'eau froide ou le goudron ont produit des effets salutaires, tandis que chez d'autres j'ai observé directement le contraire. J'ai toujours, dans une certaine mesure, été guidé par les symptômes; mais à cette exception près, j'ai eu dans chaque cas à parcourir, depuis le commencement jusqu'à la fin, toute la série des expérimentations avant de pouvoir préciser quel remède ou mode de traitement serait le plus efficace.

En énumérant les applications et les méthodes de traitement que j'ai trouvées utiles dans le pemphigus, la première à mentionner c'est l'*eau froide*. Dans certains cas j'ai employé des bains et des douches; dans d'autres des compresses continuellement appliquées pendant un temps considérable; et dans quelques-uns enfin, outre les compresses, j'ai eu recours à la méthode d'hydrothérapie régulière, comprenant «l'enveloppement» dans des draps mouillés et des douches en pluie modérées; et après une cure de plusieurs mois, j'ai quelquefois réussi à obtenir la guérison. Dans quelques cas aussi j'ai essayé les bains tièdes, mais ils n'ont pas toujours été bien supportés par les malades; et plusieurs ont même refusé de les continuer parce que les bulles devenaient plus nombreuses pendant qu'ils étaient soumis à cette médication. Dans quelques circonstances j'ai ajouté aux bains de son, de la potasse caustique (25 milligr. pour un demi-litre d'eau); ou du sublimé corrosif (1 milligr. 75 pour un demi-litre d'eau). Et j'ai ainsi souvent obtenu de bons résultats. Quelquefois, enfin, j'ai prescrit des *bains de goudron;* c'est-à-dire, j'ai fait frictionner le malade sur toute la surface du corps avec de l'*ol. cadinum* ou de l'*ol. fagi* ordinaire, et je l'envoyais alors au bain où il restait de dix à quatorze heu-

res ou même un jour et une nuit. Les premières fois que l'on applique le goudron, il détermine une certaine douleur, qui se prolonge parfois même pendant une heure; mais elle n'est pas très-vive. Si l'on continue cette médication, elle devient de moins en moins douloureuse, et les parties dont l'épiderme était détruit se cicatrisent graduellement sous son influence. Dans aucun cas je n'ai vu « des bains de goudron » produire d'effets nuisibles, bien que je les aie très-fréquemment ordonnés, non-seulement dans le pemphigus, mais encore dans le psoriasis et dans d'autres affections cutanées chroniques.

Un autre mode de traitement auquel j'ai eu plusieurs fois recours avec avantage ce sont les *bains simples continus*. Je puis citer un de mes malades qui commença par rester cent jours et nuits sans interruption dans le bain, en en exceptant seulement le temps nécessaire à l'accomplissement des fonctions alvines. Neuf mois après une récidive se déclara; et il revint alors aux bains, et y resta continuellement pendant cent-neuf jours et nuits. Il fut guéri de son pemphigus.

J'ai depuis lors employé les bains continus dans trois autres cas de pemphigus. Un malade y resta soixante-dix-sept jours, un autre quarante-sept, le troisième vingt-six. A la fin de ces périodes respectives, la guérison eut lieu.

Dans les premiers essais que je fis de cette méthode je croyais qu'il était nécessaire d'avoir recours à un appareil spécial, dont j'ai déjà donné une description complète dans cet ouvrage (1). Aujourd'hui, au lieu de cet appareil, j'emploie une grande baignoire ordinaire, dans laquelle je place quelques couvertures de laine et un oreiller de poil de cheval, de sorte que le malade se trouve confortablement installé. A ce que j'ai déjà publié à ce sujet, je n'ai aujourd'hui (après un intervalle de trois ans) qu'à ajouter que j'ai employé le bain continu avec avantage dans diverses affections; que si je n'ai pas réussi à guérir tous les malades chez lesquels je l'ai essayé, j'ai du moins toujours atténué les douleurs dont ils souffraient; et qu'enfin, dans aucun cas, il n'a été nuisible.

Lorsque les malades ne peuvent supporter le bain continu ou même le bain ordinaire, il est essentiel de pourvoir à quelque chose capable de remplacer l'épiderme naturel, de protéger les parties du chorion qui sont exposées à l'air lorsque les bulles ont été déchirées. Dans ce but on peut avoir recours à quelque substance pulvérulente (telle que la *pulv. amyli tritici*, *lycopodium*, le *carbo ligni tiliæ*, ou la *pulv. salviæ*), ou

(1) Voyez p. 265, 319.

à quelque pommade étendue sur des bandes de toiles comme, par exemple, l'onguent spermaceti, la pommade de zinc ou de plomb, ou même l'axonge pure.

Je sais toutefois que bon nombre de médecins sont opposés à l'emploi des préparations de plomb dans les cas où de larges surfaces sont privées de leur épiderme. On pensait qu'il y avait danger à ce que le plomb ne fût absorbé et ne produisît des effets toxiques. Mais « *alle Theorie ist grau* » (toute théorie est obscure). Dans certainement plus de cent cas (y compris ceux de pemphigus, d'eczéma et de brûlure) dans lesquels des surfaces très-étendues se trouvaient exposées à l'air, j'ai appliqué sur les points excoriés mon *ung. diachyli* sur des linges, sans avoir jamais observé un seul symptôme d'empoisonnement par le plomb, — et ceci, quoique, dans maintes circonstances, le traitement ait été continué pendant plusieurs mois sans interruption.

Je ne recommanderais pas d'une manière particulière l'usage du collodion, qui est préconisé par quelques auteurs, ou de la « Traumaticin » (solution de gutta-percha dans le chloroforme) que d'autres ont conseillée dans ces cas. Si l'on emploie le collodion, la pellicule qu'il forme est soulevée au-dessus de la surface ulcérée et entraînée par la sécrétion qui continue à avoir lieu; et l'on peut faire la même objection à la « Traumaticin », cette dernière, en outre, donne lieu à de la douleur et à de l'inflammation sur les parties où on l'applique (1).

(1) Malgré le sens pratique profond et l'incontestable sincérité qui ont dicté ces remarques, nous voudrions bien ne pas laisser le lecteur sous l'empire de conclusions aussi décourageantes. C'est dans ce but que nous nous permettons de faire observer que, si le traitement *par les toniques* mérite réellement d'être jugé inefficace lorsqu'il ne comprend que l'administration du fer, du quina, des amers, tel qu'on est à même de l'instituer dans les hôpitaux, il en est tout autrement lorsqu'on peut faire jouir le malade des bienfaits d'une alimentation variée et réparatrice, du séjour à la campagne, du calme moral, et par-dessus tout des douceurs de l'espérance. Ajoutons que ces conditions seraient d'autant plus efficaces qu'on les appliquerait à des sujets qui jusqu'alors en auraient été privés et qui devraient précisément leur maladie à l'action longtemps agissante de conditions toutes contraires. Je n'ignore pas qu'une telle substitution est assez rarement réalisable dans la pratique. Mais la science ne saurait s'arrêter devant ces obstacles. C'est à elle d'indiquer son but; combien de fois déjà n'a-t-elle pas vu ses plus exigeantes aspirations accomplies par le progrès social ou tout au moins par les prodiges de la charité ! (A. D.)

CHAPITRE XXVII

RUPIA (1).

Schmutzflechte.

Mon intention en traitant dans un chapitre séparé de l'état connu sous le nom de « Rupia » n'est nullement de sanctionner l'opinion vulgaire qu'il existe une affection non syphilitique de la peau, méritant cette qualification. D'après moi, au contraire, il n'y a aucune maladie de ce genre non spécifique, et tous les prétendus exemples que l'on en a publiés doivent recevoir une dénomination différente.

Historique. — En parcourant les œuvres de nos prédécesseurs, on ne trouve, ni parmi ceux de l'antiquité, ni parmi ceux du moyen âge, aucune mention du mot « Rupia » comme indiquant une maladie définie, ou même se rapportant à un état spécial quelconque de la peau. Suivant Rayer, ce fut Lorry qui employa le premier ce terme ; mais, en se reportant au passage cité, il est évident que ce dernier auteur ne dit rien du Rupia, comme d'une maladie distincte, mais qu'il se sert au figuré du mot latin *rupes* dans son sens ordinaire (2). On ne rencontre pas non plus cette expression dans les ouvrages bien connus de Plenck et de Willan. C'est dans la description faite par Bateman de son *sixième genre* de maladies cutanées, que l'on trouve pour la première fois une affection décrite sous le nom de *rupia.* Il le place avec la varicelle, la vaccine, l'herpès, la miliaire, l'eczéma et les aphthes, et le définit de la manière suivante :

« Une éruption de vésicules larges et un peu aplaties sur différents points du corps et qui ne deviennent pas confluentes ; leur base est légèrement enflammée, leur marche lente, et elles donnent lieu à une sécrétion de mauvaise nature, qui se dessèche en croûtes minces et superficielles, lesquelles se détachent avec facilité et se reproduisent rapidement. »

Bateman continue en divisant le rupia en trois variétés, *R. simplex*, *R. prominens*, et *R. escharotica* (3) : le premier, dit-il, consiste en « petites ampoules ; » le liquide qui y est contenu « commence à s'épaissir, et devient à la longue opaque et un peu puriforme. »

(1) Plus correctement écrit Rhypia, de ῥύπος, sordes, dirt.

(2) En parlant des ulcères, il dit : « horret sæpe cutis crustis superpositis et *rupium* ad instar sese mutuo excipientibus ». — « De morbis cutaneis », p. 81.

(3) Voyez ses dessins dans les planches 53 et 54.

Cette description est, selon moi, contradictoire avec elle-même, car des vésicules ne peuvent contenir un liquide purulent. En effet, la seule particularité caractéristique que l'on assigne au rupia (ou plutôt à la variété *R. prominens*) c'est l'écaille conique ou croûte « semblable à la coquille d'un petit lépas. »

Les subdivisions de la maladie établies par Bateman ne paraissent pas suffisamment distinctes les unes des autres ; et, en résumé, il m'est impossible d'admettre que cet auteur ait réussi à justifier l'introduction du rupia non syphilitique dans la liste des maladies de la peau reconnues.

Mais, bien que Plumbe, Alibert, Biett et d'autres contemporains de Bateman aient protesté contre l'intronisation systématique d'une maladie cutanée spéciale sous le nom de *rupia*, en insistant sur ce point qu'il est impossible d'établir une distinction entre ce dernier et l'ecthyma, cependant des auteurs modernes, dont quelques-uns sont encore vivants, anglais, français et allemands, ont reproduit, avec des variantes insignifiantes, et la définition et la classification de Bateman.

Dans les œuvres de Jonathan Green, Todd Tomson, Fox et Hillier, jusqu'au plus récent d'entre eux en 1865, on trouve l'existence du Rupia affirmée comme étant au-dessus de toute contestation ; et ces auteurs ne diffèrent entre eux que sur la question de savoir si l'on devrait le ranger parmi les *bullæ*, les *vesiculæ* ou les *pustulæ*, et si l'on devrait en compter trois ou seulement deux genres. Erasmus Wilson lui-même, dans la première édition de son ouvrage (London, 1842, p. 143), plaçait le rupia auprès du pemphigus, et le décrivait comme une affection bulleuse non syphilitique. Depuis lors, cependant, il a observé que la syphilis seule peut produire cette forme particulière de lésion cutanée qui se distingue de toutes les autres par ses croûtes coniques, et que, de plus, on trouve toujours au-dessous d'elles une ulcération de la peau. En conséquence, M. Wilson a lui-même corrigé l'erreur de sa première description du rupia, ainsi qu'il est facile de le voir en s'en référant aux dernières éditions de son ouvrage.

Parmi les auteurs français, Cazenave et Schedel, Gibert, Chausit, Devergie, Rayer, on trouve une définition presque uniforme du rupia. Duchesne-Duparc, toutefois, ne le mentionne qu'incidemment en parlant de l'ecthyma ; aussi ne le considère-t-il pas comme une affection indépendante. Les dermatologistes français définissent habituellement le rupia comme caractérisé par « des bulles isolées, aplaties, de grosseur variable, remplies d'un liquide séreux ou purulent, ou parfois

d'une teinte foncée, et se desséchant en croûtes épaisses, au-dessous desquelles on voit des ulcérations plus ou moins profondes. »

Rayer est le plus zélé défenseur de l'existence du rupia à titre de maladie distincte. Il soutient qu'on l'observe plus fréquemment que le pemphigus, et que, si on ne le reconnaît pas généralement comme tel, cela tient à ce que dans le rupia les bulles ne sont jamais aussi nombreuses que dans cette dernière affection, et à ce que de bonne heure elles se recouvrent de croûtes, de telle sorte que les chirurgiens les ont décrites comme des ulcères atoniques. Rayer affirme également que les bulles aplaties du rupia, contenant un liquide semi-opaque, ne sauraient être confondues avec celles du pemphigus qui sont larges, proéminentes et remplies d'une sérosité parfaitement transparente. Il insiste en déclarant qu'il est également facile de distinguer les croûtes épaisses, imbriquées du rupia, souvent très-proéminentes et analogues en apparence à des coquilles d'huîtres, d'avec les lamelles, semblables à des feuilles, du pemphigus, quand celui-ci est arrivé à la même période. Enfin il est possible, ajoute-t-il, de différencier le rupia de l'ecthyma en ce que sa forme originaire est vésiculeuse et non pustuleuse, de sorte que (suivant Rayer) la seule difficulté que l'on pourrait rencontrer consisterait dans la coexistence accidentelle du rupia et de l'ecthyma chez le même individu.

Parmi les dermatologistes allemands, Riecke ne donne aucunes observations qui lui soient personnelles ; il se borne à reproduire celles des écrivains français et anglais, inclinant plutôt vers les opinions d'Alibert que vers celles de Rayer. Gustave Simon ne dit également que fort peu de chose du rupia d'après son expérience personnelle, et il se borne à récapituler les doctrines des autres auteurs. Il ajoute : « On remarque, en premier lieu, que le rupia peut survenir comme le résultat d'une syphilis secondaire. Beaucoup de médecins ont pensé qu'il a toujours une origine syphilitique ; mais cette assertion est contestée par d'autres écrivains qui soutiennent qu'on le rencontre chez des personnes indemnes de cette maladie ». — Simon ne partage pas l'opinion de certains médecins que le rupia est une forme modifiée du pemphigus, ni celle de Fuchs, que le rupia est toujours la conséquence de la scrofule. Ce dernier auteur place le « rhypia » dans sa quinzième famille de maladies cutanées, qu'il appelle « Scrophuloses », et dans le troisième genre — Schmutzgrind, Schmutzrufe ; mais il admet seulement les espèces de Bateman de *R. simplex* et de *R. proeminens*, considérant le *R. escharotica* comme identique au *Pemphigus infantilis s. neonatorum malignus*, et il le place dans sa dou-

zième famille, « Chymoplania », sous le nom de *Pœdophlysis escharotica.*

D'après cet historique, il est évident que, depuis que Bateman a introduit une nouvelle maladie sous le nom de rupia, quoique un très-grand nombre de médecins aient partagé sa manière de voir, d'autres ont soutenu des opinions opposées. Tandis que le premier affirmait qu'il existe une affection cutanée spéciale qui commence par des vésicules ou des bulles, et est spécialement caractérisée par la formation de croûtes proéminentes, les derniers niaient l'existence distincte d'une telle maladie, soit qu'ils considérassent ces larges croûtes coniques comme ne constituant point par elles-mêmes la caractéristique d'une affection quelconque, et n'étant que le résultat accidentel de pustules, de bulles ou d'ulcères qui les avaient précédés, soit aussi qu'ils regardassent le rupia comme une *syphilis cutanea bullosa*, et par conséquent comme un nom synonyme ou équivalent de celui de *Pemphigus syphiliticus.*

Quant à moi je partage cette dernière opinion. Il est sans doute vrai que les éruptions bulleuses occasionnées par la syphilis présentent des caractères spéciaux. Les bulles, dans ce cas, ne contiennent pas un liquide transparent, presque incoagulable, semblable à celui du pemphigus non syphilitique, mais une sérosité qui se coagule immédiatement et se dessèche en croûtes épaisses; le processus morbide continue ordinairement sous ces croûtes; il s'opère incessamment une nouvelle exsudation ; et non-seulement elle épaissit la croûte de dessous, et la pousse encore plus en avant, mais aussi, en s'étendant sous l'épiderme adjacent, elle forme un anneau vésiculeux qui entoure la croûte centrale. Cet anneau autour d'une croûte plus ou moins proéminente est le signe caractéristique du rupia. Mais, comme l'on n'observe jamais ce phénomène dans aucun cas de maladie cutanée, si ce n'est seulement dans celle produite par la syphilis, il est logique de considérer le rupia comme une affection syphilitique. On doit regarder tous les prétendus cas de rupia non syphilitique comme identiques à l'ecthyma (*phlyzacia*), ou les envisager dans le sens de Lorry, simplement comme des croûtes pouvant être le résultat de diverses espèces d'ulcères.

CHAPITRE XXVIII

Classe V.

MALADIES DE PEAU PRODUITES PAR EXTRAVASATION SANGUINE.

Hémorrhagies cutanées (1).

L'apparition fréquente d'hémorrhagies dans les tissus de la peau est le résultat naturel de la grande vascularisation de cette membrane, de la ténuité de ses vaisseaux capillaires et de sa position superficielle qui l'expose à toutes les influences extérieures.

Le processus de l'extravasation du sang est indiqué par des symptômes tellement certains que les maladies qui en sont la conséquence, forment un groupe très-naturel.

L'hémorrhagie cutanée est quelquefois cependant associée avec d'autres processus pathologiques, notamment l'inflammation. D'un autre côté, une éruption de purpura peut être déterminée par des varioles graves ; la rougeole et la scarlatine occasionnent aussi quelquefois des extravasations analogues, qui réalisent une partie du tableau symptomatologique propre à d'autres affections exsudatives, telles que l'*erythema contusiforme*. Aussi devient-il difficile de séparer nettement cette classe de celle déjà décrite, et j'aurai par conséquent à revenir sur quelques maladies que j'ai déjà mentionnées.

Notices historiques. — En remontant à Hippocrate, on trouve déjà les pétéchies indiquées comme *exanthemata eis quæ culicum morsibus oriri solent simillima.* On trouve dans les œuvres du père de la médecine un passage qui parle de la coïncidence dangereuse d'épistaxis et d'évacuations fécales noires : ce qui indique évidemment un *morbus hæmorrhagicus*, sans mention d'aucune autre affection concomitante de la peau. On a regardé comme applicable au purpura un troisième passage commençant ainsi: *Oriuntur autem leucæ e maxime lethalibus morbis, velut quæ morbus phœniceus dicitur.* Wedl, qui écrivait en 1702, interprète ce *morbus phœniceus* comme une fièvre pourprée maligne, regardant les leucæ (nom vaguement employé comme alphos pour désigner une foule d'états de la peau) comme représentant les taches du pur-

(1) Ce chapitre a été écrit par le professeur Albert Reder de Vienne, et revu par le professeur Hebra.

pura. Rosenbaum et de Bærensprung sont complétement opposés à cette explication.

Les auteurs latins et arabes ne donnent pas de définition plus approfondie. C'est au commencement du XVIe siècle seulement qu'on paraît avoir apporté pour la première fois une sérieuse attention aux affections hémorrhagiques de la peau, à l'époque où le scorbut apparut sous forme épidémique en Thuringe et en Saxe et à celle où l'Europe se trouva envahie par la syphilis. Peu de temps auparavant on rattachait toutes les maladies de peau à la lèpre; alors seulement on les rapporta soit à la syphilis, soit au scorbut, deux maladies connues à ce moment pour déterminer des changements dans le système tégumentaire.

Fernelius a décrit le premier les pétéchies survenant spontanément (purpura). Ce n'est qu'au commencement du XVIIIe siècle que cette affection a été bien reconnue par Werlhoff et ses contemporains, Behrend et Zeller. Le premier de ces auteurs a décrit, sous le nom de *morbus maculosus hœmorrhagicus*, le purpura avec ou sans fièvre, *purpura simplex* et *P. hœmorrhagica;* il signale leur présence dans le cours de la variole et d'autres maladies, et prescrit les acides pour la première période de l'affection, le quinquina durant la convalescence.

Plus tard, lorsque les systèmes artificiels de classification, en vogue dans toutes les sciences naturelles, furent adoptés en dermatologie, il fut difficile de classer les *pétéchies;* aussi, chaque auteur les rangea-t-il dans un groupe différent. Plenck les met parmi les « taches » comme des *maculœ lividœ;* Peter Franck les place parmi les exanthèmes, tandis qu'il comprend les *ecchymomata* dans la classe des « Impetigines ». Biett, qui abandonne franchement la tentative de mener à bien un principe de classification, réunit le lupus, le purpura et la syphilis dans un seul groupe, sans autre motif, si ce n'est qu'il lui était impossible de les faire entrer dans une autre de ses catégories. Willan et Bateman mettent le purpura au nombre des exanthèmes; ils en distinguent différentes variétés dont j'aurai plus tard à parler. Wilson, qui les suit sur d'autres points, a donné place au purpura dans la classe des Maculœ. Alibert et Rayer, qui ont essayé d'établir un système plus naturel de classification, ont fait des hémorrhagies cutanées un groupe spécial que le premier de ces auteurs appelle « Hœmatoses », avec subdivisions en Pétéchies et Helioses.

Conditions et processus d'extravasation. — Comme aucun corpuscule sanguin ne peut traverser les pores des parois des vaisseaux, tout écoulement sanguin, en dehors des conditions normales, doit être précédé de la rupture d'un vaisseau sanguin.

L'observation directe confirme cette conclusion ; car, bien qu'il ne soit pas possible de découvrir, dans les tissus déjà infiltrés de sang, la lésion de la paroi capillaire, les occasions se présentent cependant assez souvent d'étudier à l'aide du microscope comment s'est produite l'hémorrhagie. Dans le cours des expériences qui ont été faites sur les membranes transparentes d'animaux vivants pour observer le processus d'inflammation, il n'est pas rare de voir survenir de petites extravasations de sang. On aperçoit alors distinctement comment le sang sortant d'un point particulier du vaisseau comprime les tissus environnants ou s'insinue dans leurs interstices ; tandis qu'une exsudation inflammatoire de ses principes constituants se répand uniformément à travers une région capillaire entière.

La solution de continuité, qui précède nécessairement la sortie du sang d'un vaisseau, peut être produite par une force mécanique extérieure, telle qu'une blessure ou un écrasement. Elle peut aussi être simplement la conséquence d'une pression, d'un flot de sang dont l'impulsion est supérieure à la résistance des parois du vaisseau. Il résulte de ce qui précède que tout ce qui augmente l'intensité du courant sanguin, ou ce qui affaiblit la résistance des vaisseaux, peut amener la rupture de leurs parois et, par suite, l'hémorrhagie.

Mes recherches actuelles ont dû se borner aux capillaires, puisque ce n'est que dans ce système de vaisseaux que survient l'hémorrhagie cutanée.

Si l'on considère la grande capacité du système capillaire dans son ensemble, on admettra facilement que l'accélération du cours du sang tenant à une action anormale du cœur ne pourra produire qu'un effet à peine appréciable sur la pression latérale exercée sur les parois des capillaires, en tant du moins qu'il n'existe pas d'obstacle à la libre circulation du sang. Dans la pratique, on ne voit jamais la pyrexie être la cause d'hémorrhagie. Même lorsqu'il y a déjà eu extravasation, l'accélération des battements du cœur résultant de la fièvre n'affecte en rien les épanchements sanguins.

Les obstacles à la circulation qui occasionnent le plus souvent des hémorrhagies sont ceux qui déterminent un arrêt brusque sur un large espace, tels que : toux violente, effort et attaque épileptique. Ceux qui se développent graduellement sous l'influence d'une lésion valvulaire du cœur, d'une inflammation locale, de l'oblitération d'un seul tronc veineux, peuvent produire une dilatation considérable des capillaires (cyanose) et même chasser à travers leurs parois la partie aqueuse du sang (œdème), sans avoir occasionné aucune déchirure. Il

est possible, à la vérité, que la stagnation du sang augmentant lentement amène l'hémorrhagie; ainsi, on l'observe fréquemment aux extrémités inférieures et dans les autres régions où les veines sont exposées à une pression excessive. Mais il est rare que l'extravasation du sang survienne directement par l'effet de cette stagnation, même lorsqu'elle est très-prononcée, comme quand il existe de grosses veines variqueuses ; ce qu'il y a de positif, c'est qu'elle augmente fréquemment lorsqu'elle avait déjà été provoquée par d'autres causes.

Les parois des capillaires sont tellement délicates et si facilement altérables qu'elles ne peuvent supporter la pression de la circulation si elles ne sont pas soutenues par la contre-pression des tissus environnants. Aussi lorsque cette résistance extérieure manque, le vaisseau est rompu par la force du courant qu'il renferme. On en a un exemple dans l'hémorrhagie intestinale qui survient lorsque la pression normale des viscères cesse par suite d'une plaie des parois abdominales.

Pour montrer le même résultat en ce qui concerne la peau, on peut faire l'expérience suivante. On choisit un point où les papilles cutanées sont le plus aplaties, tel que l'avant-bras ; et on y enlève une très-petite partie de la couche superficielle de l'épiderme. Il ne survient aucune hémorrhagie appréciable, mais dans la petite goutte d'exsudation qui se forme on trouve une multitude de corpuscules sanguins qui ne peuvent provenir que de la rupture d'un vaisseau (1). Ce fait a une grande importance, car il montre que bien que ni l'augmentation de pression artérielle, ni la stagnation dans les veines ne soient capables par elles-mêmes d'amener l'hémorrhagie, un bien petit changement dans l'équilibre de la pression des capillaires est suffisant pour la déterminer. De là il est permis de conclure que toutes les fois que les extravasations de sang se produisent en dehors de toute influence extérieure, elles sont le résultat d'un changement dans la cohésion des tissus qui entourent les capillaires rompus.

Le processus d'inflammation entraîne non-seulement la dilatation (Lockerung) mais aussi une stagnation du sang apporté en quantité anormale dans les vaisseaux périphériques; les parois des capillaires sont ainsi facilement altérées ; aussi reconnaît-on que l'inflammation est une des causes les plus communes de l'extravasation de sang. En

(1) J'ai eu l'occasion d'observer, non expérimentalement, mais très-directement le même phénomène. Un de mes amis, à l'école de natation, venait de faire une chute dont l'effet avait été seulement l'abrasion de l'épiderme sur le front dans une étendue de près de deux centimètres carrés. Or, comme à ce moment j'étais à deux pas de lui, je pus examiner immédiatement la région, et de la surface à nu, je vis nettement s'exhaler une foule de gouttelettes de sérosité limpide. (A. D.)

ce qui concerne la peau, les maladies inflammatoires sont, de toutes les causes, celles qui produisent le plus fréquemment l'hémorrhagie en même temps que l'exsudation, surtout lorsqu'elles sont aiguës. Ainsi, on remarque que, dans l'herpès zoster, les disques sanguins apparaissent même avant les corpuscules de pus ; et leur nombre peut être assez considérable pour donner aux pustules une teinte pourprée et à la croûte ultérieure une coloration brun foncé. On peut observer les mêmes phénomènes dans la petite vérole, bien que dans cette affection les taches purpuriques puissent être produites par d'autres causes et apparaître ainsi avant la période d'inflammation et indépendamment d'elle. De toutes les maladies inflammatoires de la peau l'*erythema nodosum* est celle qui détermine l'hémorrhagie la plus remarquable, chacune des élevures caractéristiques de cette affection ayant à son centre une dépression remplie de sang.

C'est une opinion généralement acceptée que le sang peut subir certains changements qui lui permettent de transsuder à travers la paroi saine d'un vaisseau, et l'on peut assurément démontrer que les nombreuses extravasations de sang qui surviennent dans le scorbut, le purpura et autres maladies, dépendent de certaines anomalies physiques ou chimiques de ce liquide. Gustave Simon nous dit que Gaspard, Magendie et Virchow sont même arrivés à produire des hémorrhagies artificielles dans les intestins des chiens, en injectant différentes matières putrides dans leurs veines.

Néanmoins, on se rend plus facilement compte de ces hémorrhagies, en les regardant comme le résultat du ramollissement des vaisseaux et des parties adjacentes, qu'en supposant que les corpuscules sanguins transsudent à travers les parois des capillaires, depuis qu'il est admis que toute déviation du sang de l'état normal s'accompagne nécessairement d'un changement dans la cohésion de tous les éléments des tissus. Simon maintient que, dans les expériences faites, l'hémorrhagie survient trop promptement à la suite des injections pour que l'hypothèse d'un trouble dans la nutrition, comme cause de cette hémorrhagie, soit admissible. Mais si l'on se rappelle avec quelle rapidité les viciations du sang déterminent de pareils effets sur les parties molles, ainsi qu'en témoignent la faiblesse musculaire et le changement de l'habitus général (qui s'observent dans toutes les altérations de la nutrition), — son objection ne paraît pas avoir beaucoup de force.

Il est, d'ailleurs, possible et même probable qu'une influence aussi prompte de la composition du sang sur la consistance des tissus peut avoir lieu par l'intermédiaire du système nerveux. Axman a déterminé

l'extravasation du sang en interrompant l'afflux nerveux de certaines parties (Simon). Il détruisit plusieurs ganglions du nerf grand sympathique chez les grenouilles, et il en résulta non-seulement l'hémorrhagie, mais encore le ramollissement des parties ainsi privées de l'influence nerveuse.

Il reste à savoir si une destruction partielle des corpuscules sanguins ne peut pas se produire à l'intérieur des vaisseaux par suite d'une modification chimique, et si alors l'hématine libre ne pourrait pas exsuder à travers les parois saines. La tache, ainsi formée, ne se distingue point par son aspect extérieur de celle qui provient de l'hémorrhagie vraie; car, dans cette dernière, les disques sanguins disparaissent rapidement. Mais les recherches de Simon et d'autres auteurs ont démontré la présence de disques sanguins dans les extravasations suite de modifications dans la composition du sang (*purpura hæmorrhagica*), aussi bien que dans l'hémorrhagie à la surface des membranes muqueuses, se réalisant dans les mêmes conditions. Il est donc permis de considérer ce point comme résolu négativement.

Changements subséquents à l'extravasation du sang.— Le sang, en quittant les vaisseaux, est immédiatement soumis à certaines modifications qui se traduisent, dans l'hémorrhagie superficielle, par une altération de couleur. Elles dépendent principalement de la transformation de l'hématine. Suivant Virchow, la matière colorante peut soit abandonner les corpuscules, soit rester dans leur intérieur. Dans le premier cas, les disques sanguins deviennent pâles et diminuent graduellement jusqu'à leur entière disparition.

Pendant ce temps, l'hématine, mélangée au liquide environnant, se reconnaît facilement dans les caillots formés de fibrine extravasée, ou dans les parties solides des tissus où le sang s'est répandu. Ensuite, la masse diffuse d'hématine infiltrée s'agglomère et forme des granules distincts et plus larges. Si, d'un autre côté, l'hématine reste dans les corpuscules sanguins, ces derniers deviennent plus petits, plus denses, plus foncés, et résistent davantage à l'action de tout liquide qui peut leur être ajouté. Ils peuvent continuer à se séparer les uns des autres; mais plus fréquemment ils constituent des masses arrondies ou anguleuses, comprenant en moyenne de cinq à quinze d'entre eux. Ces corps prennent bientôt une couleur sombre, les disques sanguins séparés s'unissent, et le tout finit par former un ensemble compacte de pigment; il peut résulter de ces variétés tel ou tel dépôt présentant l'aspect d'une feuille de trèfle, de mûrier, etc.

La forme des dépôts d'hématine, ainsi constituée par le sang extravasé,

est rarement complétement sphérique; ils sont, pour la plupart, anfractueux ou, tout au moins irréguliers. Les plus larges présentent souvent les formes les plus étranges, et les plus petits ont l'aspect de grains de poussière. Lorsqu'ils occupent la peau, ils ont ordinairement une coloration orange ou rouge-brun (1).

L'hématine se transforme encore en un nouveau produit, l'hématoïdine, substance finement cristallisée. Elle se produit quelquefois en si grande quantité, qu'elle est visible à l'œil nu. Les cristaux eux-mêmes, suivant Virchow, se présentent sous forme de prismes obliques, rhomboïdaux, d'une belle nuance jaune rouge, qui, dans des cristaux plus volumineux, passe à la teinte brillante du rubis. Il se forme quelquefois, en même temps que les cristaux, de petites lamelles ressemblant à ceux de l'acide urique.

Dans la plupart des cas, les cristaux sont très-petits, et se reconnaissent difficilement même à l'aide du microscope. Ils apparaissent comme de petites lignes de matière colorante ou comme de petits corps amorphes; mais, à un examen attentif, les premiers présentent une réunion de prismes rhomboïdaux, et les seconds une masse de cristaux.

On peut considérer ces cristaux sanguins comme la forme régulière et typique sous laquelle le sang extravasé passe finalement dans toutes les parties du corps, où il se trouve en grande quantité. Chaque hémorrhagie isolée peut laisser après elle son contingent de cristaux hématoïdiens, qui, une fois formés, restent pendant un temps indéfini dans les tissus comme des corps compactes non altérables. Lorsque la transformation de l'hématine sous cette forme stable a lieu près de la peau, le point sur lequel s'est faite l'hémorrhagie conserve pendant longtemps, même pendant toute la vie, une coloration brun jaunâtre. Mais, souvent aussi, les corpuscules sanguins et l'hématine disparaissent assez complétement pour ne pas laisser la moindre trace. Quelques-uns des corpuscules semblent, dans ces cas, se désagréger rapidement et entièrement, tandis que d'autres se divisent de manière à constituer de petits granules avant qu'ils ne soient complétement absorbés. On ne connaît pas les conditions qui font que, dans un cas donné, la maladie suit tantôt l'un, tantôt l'autre de ces modes. L'étendue de l'extravasation originelle joue sans doute, à cet égard, un rôle de la plus haute importance. Lorsque cette extravasation est considérable, l'hématine a le temps de se cristalliser avant que l'absorp-

(1) Gustav Simon, « Die Hautkrankheiten », Berlin, 1851.

tion se produise; dans ces cas, il reste alors une tache, tandis que les hémorrhagies restreintes disparaissent ordinairement sans laisser de traces de leur passage. On aperçoit encore assez souvent des dépôts permanents de pigment sur les points où l'hémorrhagie se reproduit fréquemment. D'autres conditions nombreuses, telles que l'état des tissus, la qualité du sang extravasé, ont probablement une certaine influence sur la persistance de la tache hémorrhagique, mais on n'a pas encore pu préciser leur action d'une manière certaine.

Siége et formes de l'hémorrhagie. — Le siége le plus habituel de l'effusion sanguine, dans la peau, est la couche superficielle et vasculaire du chorion. Quant à ses parties plus profondes et au fascia sous-cutané, l'hémorrhagie y est moins fréquente, mais plus abondante, lorsqu'elle s'y produit. Dans le premier cas, les corpuscules sanguins sont disséminés en petites masses dans les éléments du derme, et les couches plus profondes et plus molles de l'épiderme sont également, en général, infiltrées. On rencontre quelquefois des taches hémorrhagiques traversées par un poil, ce qui s'explique facilement par la grande vascularité des follicules pileux.

Il existe une grande variété dans les changements produits sur la peau par l'extravasation du sang. Le plus souvent, l'hémorrhagie, comme beaucoup d'autres processus inflammatoires, vient de points isolés et circonscrits (Heerde); mais on observe fréquemment une extravasation plus considérable également répandue sur une large surface ou accumulée dans des cavités formées par la pression du sang, lorsqu'il s'échappe des vaisseaux. Dans le premier de ces cas, l'extravasation peut prendre les formes suivantes :

1° *Pétéchies.* — Ce sont des taches rondes, ou irrégulières, ne s'élevant pas au-dessus du niveau de la peau environnante, dont la couleur varie du rouge vif à la teinte livide; leur étendue passe de celle d'un grain de millet à celle de l'ongle, et même plus. Les bords de ces taches sont toujours irréguliers, ayant l'apparence d'une goutte d'eau aplatie. Cette irrégularité, toutefois, ne peut s'observer dans les plus petites pétéchies qu'à l'aide de la lentille.

2° *Vergetures.* — Ce sont de longues rayures parallèles ou projetant des rameaux divergents, semblables, pour le reste, aux taches que je viens de décrire.

3° *Ecchymoses.* — Elles se présentent sous forme de décolorations de la peau, irrégulières, d'un rouge foncé, ou même pourpre, dont l'étendue varie de la grandeur d'une pièce de cinq francs à celle de la paume de la main.

Toutes ces formes d'extravasation ne déterminent aucune élevure au-dessus du niveau de la peau, mais simplement un changement de coloration. Au moment de leur apparition, chaque tache produite par l'hémorrhagie est d'un rouge vif, pouvant faire supposer que le sang présente sa constitution normale. Elle ressemble beaucoup à celle causée par une hyperémie locale, et est constituée par le même élément, la matière colorante du sang. Ces taches sont d'une couleur rouge, plus foncée et plus rouge que celles de la simple hyperémie, parce qu'une partie du sang extravasé se trouve immédiatement sous l'épiderme, ou même dans les couches plus profondes, et, par conséquent, est placée plus près de la surface. Au bout de peu de temps, elles se distinguent par leur couleur plus foncée; mais un signe pathognomonique de cette lésion est que, tandis que le sang accumulé par l'injection prononcée des vaisseaux capillaires est susceptible de disparaître par la pression, celui qui a été une fois extravasé ne peut plus s'effacer ainsi.

4° Des hémorrhagies circonscrites déterminent quelquefois sur la peau de petites élevures coniques, *papules;* mais, dans ce cas, il n'est pas certain qu'une faible quantité d'exsudat n'ait pas contribué à leur formation.

5° Enfin, il peut arriver que le sang extravasé soulève l'épiderme comme une ampoule (*bulla*). Les petites ampoules produites directement par une cause violente, renferment seules du sang pur, qui se coagule promptement, de sorte que les élevures solides ainsi formées ne peuvent plus être considérées que comme des élevures ou des tubercules. Les hémorrhagies qui sont occasionnées par quelque cause primaire interne se répandent plus facilement dans les tissus sous-cutanés que sous l'épiderme. Lorsqu'une bulle survient dans ces circonstances, elle est ordinairement l'effet de l'exsudat, les corpuscules sanguins restant suspendus dans le sérum sécrété.

Il est difficile de préciser ce qui détermine l'une ou l'autre de ces formes de l'hémorrhagie cutanée, excepté lorsqu'elles sont d'origine traumatique. L'extravasation sanguine plus diffuse est sans doute toujours la conséquence de la forme grave d'une affection interne quelconque qui l'a produite. Aussi observe-t-on que, quand l'hémorrhagie provient d'une altération quelconque du sang, l'étendue de l'extravasation est en rapport direct avec le degré de l'affection primaire. On ne possède jusqu'à présent aucunes données capables d'expliquer les diverses formes qu'affectent les taches de l'hémorrhagie. Il n'y a pas de doute que la distribution des vaisseaux sanguins cutanés

exerce une influence sur ces formes, aussi bien que sur celles des exsudations cutanées; mais les extravasations du sang ne se trouvent pas toujours, comme le font les produits d'inflammation, autour des follicules pileux fortement vasculaires. Les conditions externes déterminent souvent des groupes de taches hémorrhagiques, comme on le voit dans le *Purpura pulicosa.*

Quelquefois le sang apparaît à la surface de la peau, sans lésion épidermique antérieure. Dans ces circonstances exceptionnelles, le sang est probablement épanché dans les glandes sudoripares et les follicules pileux, et sort par leurs conduits. Dans tous les cas, l'imperméabilité de l'épiderme nous conduit à cette conclusion, la seule possible. On distingue ordinairement les pétéchies dans la peau elle-même. Quand il n'en est pas ainsi, le sang est sans doute répandu autour des anses des canaux sudoripares ou dans les parties les plus profondes des follicules pileux, et il devient alors invisible.

Les hémorrhagies superficielles sont quelquefois limitées à un espace circonscrit, et peu abondantes; d'autres fois, elles s'étendent sur une surface plus considérable, et acquièrent plus ou moins d'importance en raison du sang extravasé. C'est ce que l'on a observé dans les régions les plus différentes, telles que les extrémités, le tronc et le cuir chevelu. Elles peuvent aussi survenir chez le même individu en divers points, soit en même temps, soit à certains intervalles.

On a observé des cas de cette nature chez des sujets à diathèse hémorrhagique (1). Mais les mêmes conditions se rencontrent chez d'autres individus, notamment chez les femmes chlorotiques et hystériques. Chez elles, suivant Fuchs, l'hémorrhagie revient à intervalles réguliers, particulièrement au moment de la période menstruelle. Le cas que j'ai rapporté, p. 94, d'un homme d'une bonne santé chez lequel chaque nuit le sang exsudait de la jambe et du dos de la main, est un de ceux que j'ai eu l'occasion de voir moi-même. Dans quelques circonstances, un sang véritablement coagulé paraît avoir exsudé, mais, dans bien d'autres, ce n'est que du sérum coloré d'hématine; de sorte que l'on a souvent considéré ces hémorrhagies comme des sueurs sanguines (Hæmydrosis).

Tous les changements de la peau produits par l'extravasation du sang présentent les caractères suivants, qui, par le fait, dépendent de la nature même du processus.

(1) Voyez « Allgemeine Störungen der Ernährung und des Bluts, etc., » par les professeurs Virchow et Vogel et le conseiller aulique Stiebel, — le premier de la série d'ouvrages dont le troisième est ce traité, p. 267.

1° Ils ne sont jamais transitoires, mais persistent jusqu'à ce que le sang ait été désagrégé et absorbé. Aussi leur durée dépend-elle, en général, du degré d'effusion, c'est-à-dire de l'étendue et de la profondeur de l'hémorrhagie.

2° Ils n'ont ultérieurement aucune tendance à augmenter ou à s'étendre; ils conservent habituellement leur disposition primitive. Si une tache hémorrhagique devient plus large, c'est la conséquence d'une nouvelle extravasation, et l'on voit alors se produire une nouvelle décoloration près ou autour de la première.

3° Ils apparaissent sur les parties les plus opposées du corps, mais, le plus souvent, là où la pression du sang est augmentée par des causes naturelles ou morbides.

4° Ils se terminent toujours par l'absorption, laquelle se produit lorsqu'ils ont passé par les différentes nuances de couleur correspondant aux changements de l'hématine extravasée, pourpre, vert et jaune. Leur disparition n'est pas accompagnée de desquamation ; ce n'est que lorsque l'hémorrhagie est abondante que l'on voit une marque de pigment, qui peut persister durant la vie entière ou pendant un temps plus ou moins long.

Le seul cas dans lequel l'extravasation du sang se transforme en une autre maladie est celui où les pétéchies scorbutiques sur les extrémités inférieures se changent en ulcères.

5° Ils sont très-reconnaissables après la mort, la pâleur du reste du corps les rendant même plus distincts qu'auparavant. J'ai déjà longuement expliqué que l'hémorrhagie cutanée peut survenir de deux manières différentes et en quelque sorte opposées, soit par une lésion mécanique et externe, soit par la pression de la colonne du sang sur les parois des vaisseaux qui le contiennent.

Comme, dans le dernier cas, l'hémorrhagie est le résultat du ramollissement des tissus entraînant la rupture des parois des vaisseaux, organes qui, dans le premier cas, restent à l'état sain; il résulte de ces deux causes deux espèces d'hémorrhagies cutanées essentiellement distinctes.

Dans l'une d'elles, la tache de purpura est une affection locale de la peau, et on peut l'appeler hémorrhagie idiopathique (1). Dans l'autre, elle dépend d'une altération générale dont elle constitue un résultat isolé; on peut alors la désigner sous le nom d'hémorrhagie symptomatique. La première variété apparaît, en général, sous une forme

(1) C'est-à-dire traumatique. Voyez p. 311, note.

isolée (à moins que la cause ne soit multiple), et lorsque le sang extravasé a été absorbé, le processus est terminé et ne se reproduit pas spontanément. L'hémorrhagie symptomatique se présente ordinairement en différents points, sur une large surface de la peau. Lorsque les pétéchies ont été résorbées, la santé n'est pas, pour cela, rétablie, mais il peut, au contraire, se produire de nouvelles effusions aussi longtemps que la maladie générale continue.

Ces distinctions sont suffisamment caractérisées pour justifier la division des hémorrhagies cutanées en deux classes et permettre de traiter séparément de l'hémorrhagie idiopathique et de l'hémorrhagie symptomatique.

Des extravasations de sang qui sont le résultat d'une perturbation locale de la circulation tiennent le milieu entre ces deux variétés; mais comme elles ne sont pas précédées d'une maladie primaire des capillaires ou des tissus, et qu'elles surviennent rarement sans une cause excitante extérieure, quelque légère que soit celle-ci, il est préférable de les ranger dans la classe des hémorrhagies idiopathiques.

HÉMORRHAGIES CUTANÉES IDIOPATHIQUES.

Les causes qui produisent l'extravasation du sang lorsqu'il présente sa composition normale et que les vaisseaux sont dans toute leur intégrité, sont un déplacement ou une *diminution de pression atmosphérique, contusion ou blessure*. Les deux premières causes ne sont pas essentiellement distinctes. La diminution de pression, analogue à celle résultant de l'application de ventouses ou d'autres causes, déchire les vaisseaux capillaires aussi bien que le ferait une forte pression interne. La différence la plus importante entre les deux cas vient de ce que, dans le premier, le sang arrive plus facilement à la surface, et qu'alors la décoloration de la peau est plus foncée et plus intense. Par exemple, lorsque la pression de l'air diminue, comme sur les montagnes élevées, l'hémorrhagie se produit par la membrane muqueuse des narines et de l'appareil respiratoire en général; mais il n'en est ainsi que lorsque l'action du cœur est aussi augmentée par des mouvements violents.

Dans les cas de traumatisme, le sang apparaît à la surface sans s'infiltrer dans les tissus de la peau, ce qui a lieu lorsque la blessure n'est qu'une légère piqûre qui se referme immédiatement par suite de l'élasticité de la peau (1), comme on le voit après les piqûres d'insectes)*purpura pulicosa*).

(1) Un autre exemple fort intéressant de ce mécanisme bien spécifié par Hebra, mérite d'être recommandé à l'attention non-seulement des physiologistes, mais de

Hémorrhagie par contusion. — Les tissus cutanés peuvent être déchirés par suite de pression externe ou de coups appliqués à l'aide d'un instrument contondant; les vaisseaux capillaires sont également déchirés, et il en résulte une extravasation sanguine. L'état morbide qui en est la conséquence, ainsi que la cause qui l'a produit, ont été appelés contusions ou meurtrissures (Quetschung).

L'étendue et l'importance de ces extravasations offrent de nombreuses variétés, suivant l'intensité de la violence qui les produit, la soudaineté de son action (qui peut être assez grande pour empêcher les tissus de céder), et la résistance des parties qui se trouvent sous la peau lésée. Ainsi, tandis qu'une partie saine de la peau supporte une pression considérable sans être altérée, elle peut facilement être meurtrie par un choc soudain. Ces contusions sont plus fréquentes et plus graves dans les points où la peau est appliquée immédiatement sur un os, comme au crâne, que dans ceux où elle repose sur des parties molles.

Symptômes. — Les effets immédiats d'une meurtrissure sont la douleur et l'extravasation du sang dans les téguments. La douleur est excessivement vive à l'instant du choc. Si l'on en excepte la brûlure, aucune lésion de la peau ne détermine d'aussi vives souffrances sur le moment. Ce fait n'échappa point à l'ingéniosité de l'inquisition; et le saint office s'en servit comme d'une méthode efficace de torture, genre de supplice qui, de nos jours encore, a projeté son ombre mélancolique sur nos années d'écoliers.

Le déchirement, qui est produit par une violence extérieure, peut consister en légères fissures très-rapprochées les unes des autres, de telle sorte que le sang extravasé est contenu dans de nombreuses petites cavités et paraît être uniformément infiltré dans les tissus; c'est la forme la plus légère de contusion. Des fissures plus larges peuvent produire des cavités plus grandes qui contiendront autant de sang que l'étendue de leurs parois le permettra. Ce second degré plus grave de contusion amène des ampoules contenant du sang ou du sérum sanguinolent (Blutbeule), tandis que le premier est simplement suivi d'une ecchymose.

chirurgiens. A la suite de la ponction simple d'une hydrocèle, on voit quelquefois, — particulièrement chez des sujets âgés ou affaiblis, — on voit, dis-je, immédiatement après l'évacuation du liquide, et la piqûre s'étant fermée, se produire en quelques minutes un épanchement de sang dans la tunique vaginale. Cet épanchement, dont la cause me paraît ne pouvoir s'expliquer que par le mécanisme qu'Hebra vient de signaler, atteint parfois un volume extrême et peut se terminer par la gangrène consécutive des téguments, si l'opérateur ne rouvre pas la plaie et ne maintient pas pendant quelque temps, après avoir évacué le sang, une douce et uniforme compression sur les bourses. (A. D.)

Lorsque le sang a été répandu en des points circonscrits, il suit les changements déjà décrits qui amènent la série de teintes bien connues et caractéristiques d'une meurtrissure; et après avoir séjourné des semaines ou des mois, suivant l'étendue de l'extravasation, il est enfin complétement absorbé.

Mais si le sang se réunit dans une seule et large cavité, la marche des phénomènes est différente. Lorsque la quantité est modérée, elle est graduellement absorbée dans les mailles de toute la peau ; l'ampoule se vide et s'affaisse de manière à présenter seulement l'aspect d'une simple ecchymose dont elle suit alors la marche. Quand l'hémorrhagie primitive et la bulle formée sont considérables, bien que le processus soit le même en commençant, il se produit de l'inflammation dans les tissus environnants avant l'absorption complète du sang, et alors la bulle et le sang qu'elle contient encore se trouvent couverts par une paroi épaisse.

Lorsque la réaction est active, il peut survenir un abcès, et c'est là le résultat le plus ordinaire; mais s'il n'y a pas suppuration, la cavité peut subsister longtemps comme un kyste contenant du sang liquide ou coagulé.

Les apparences extérieures qui accompagnent ces altérations pathologiques sont les suivantes : la bulle nouvellement formée se présente sous l'aspect d'une élevure unie, hémisphérique, et, en général, très-dure, de couleur pourpre à son sommet, assez fréquemment avec une légère déchirure correspondant à la forme de l'instrument qui a produit la meurtrissure. Les petits kystes sanguins de cette nature se transforment souvent, dans l'espace de quelques heures, en simples ecchymoses. Ceux de dimension plus grande se ramollissent vers le second jour, tandis que leur circonférence devient plus dure, et il se forme autour d'eux un cercle hémorrhagique selon le mécanisme ordinaire. Lorsque la lésion survient dans un point de la peau recouvrant un os, comme sur le crâne, les bords durcis et à pic auront l'aspect d'une fracture déprimée du crâne (1). Si la forme arrondie ou si l'absence de symptômes généraux graves ne permettaient pas de porter le diagnostic, il faudrait presser fortement la tumeur avec les doigts, jusqu'à ce qu'elle soit légèrement dentelée, comme une surface œdémateuse.

Quand les parois de la cavité sont distinctement formées, la totalité de la tuméfaction se ramollit, et, si le sang s'est coagulé, il peut

(1) Observation clinique de haute importance, due à la sagacité de notre J. L. Petit. (A. D.)

en résulter une sorte de crépitation, semblable à l'impression que fait éprouver le frottement de l'amadou entre les doigts. Lorsque la dernière transformation décrite, celle du kyste séreux, a eu lieu, il devient impossible de le distinguer de l'« hygroma » résultant d'une autre cause.

Lorsqu'une petite portion de la peau est pressée entre deux surfaces contondantes, comme avec une paire de pincettes, il survient une variété particulière de purpura. Si les couches les plus superficielles du chorion sont seules lésées, le sang extravasé se ramasse immédiatement sous l'épiderme, le soulève et forme une bulle tendue et douloureuse, d'une couleur d'abord brun rouge et ensuite pourpre ou noire. Elle devient flasque au bout de quelques jours, pendant que le sérum du sang est résorbé; cet état se prolonge alors pendant une semaine environ, l'épiderme qui constitue la bulle se détache et laisse voir alors une croûte brune plate, formée par les résidus du sang. Cette dernière tombe facilement lorsqu'il s'est produit au-dessous d'elle une nouvelle couche épidermique.

Quand une meurtrissure est très-forte ou très-étendue, l'hémorrhagie est comparativement peu importante, notamment au centre des tissus meurtris, parce que les parois musculeuses des vaisseaux sont paralysées sur toute la surface. L'inflammation qui suit la réaction dans ces cas est très-vive; et comme elle occasionne une seconde obstruction des vaisseaux, il en résulte, dès que l'inflammation a atteint son point culminant, la mortification partielle ou générale des tissus lésés. Enfin, lorsque la contusion arrive à son degré le plus élevé de gravité, toute vie vasculaire ou nerveuse cesse complétement dans la partie affectée; les tissus meurtris ne se guérissent jamais, mais ils restent froids et insensibles, et sont entraînés à la fin, comme une escharre, par la réaction inflammatoire qui se produit dans les parties saines environnantes.

Diagnostic. — Il est rare qu'on reste dans le doute en présence d'une extravasation sanguine, qu'elle ait été ou non produite par une meurtrissure; l'acuité de la douleur au moment où la lésion a eu lieu ne permet pas au malade de l'oublier. Et dans les cas rares, où la contusion a été assez légère pour passer inaperçue, l'hémorrhagie seule a une certaine importance, car elle doit dépendre de quelque cause interne prédisposante, probablement d'un état morbide du sang.

Le cas, toutefois, est différent lorsque le malade a intérêt à dissimuler la cause d'une extravasation sanguine. Il devient alors nécessaire de distinguer, d'après les symptômes seuls, si elle dépend ou non

d'une meurtrissure. Cette recherche est du ressort de la médecine légale, et je dois me borner à en signaler ici les traits principaux au point de vue purement pathologique. Si la peau elle-même est à l'état sain, l'extravasation n'apparaîtra qu'à l'endroit où a porté l'instrument agent de la contusion. Des chocs mécaniques sur toute la surface du corps ne produisent des hémorrhagies que sur les membranes muqueuses, comme la conjonctive. Les meurtrissures étant toujours le résultat de l'action directe d'un corps dur, les caractères suivants aideront à préciser l'origine traumatique d'une ecchymose cutanée :

1° Les meurtrissures occupent, en général, les points les plus exposés, et sont plus graves sur les parties convexes et proéminentes du corps.

2° Elles correspondent plus ou moins exactement à la forme de l'instrument qui les a occasionnées.

3° Il y a une seule tache hémorrhagique, ou, s'il y en a plusieurs, elles sont plus grandes que celles qui surviennent spontanément ; elles ne sont pas non plus aussi uniformes que ces dernières, et sont distribuées sur les parties les plus exposées, au lieu de se trouver sur les régions les plus déclives.

4° Enfin, on s'aidera, pour le diagnostic, des symptômes accompagnant l'état général du malade, de son aspect, de l'intensité de la souffrance et du degré de réaction ou d'inflammation.

Pronostic. — Il est excessivement difficile de porter un pronostic dans le cas de contusions graves, et notamment de décider si la gangrène est susceptible de se produire. L'aspect de la partie lésée n'est pas décisif, même pour un chirurgien expérimenté; le degré de sensibilité et l'étendue du sang extravasé offrent peu de ressources à cet égard. Ce qui empêche le plus de se former une opinion exacte, c'est que la gravité de la lésion dépendra beaucoup de l'état de santé du sujet au moment où elle se produit, de la commotion morale éprouvée, de la secousse ressentie par tout le corps, des habitudes de l'individu, telles que celles relatives à la boisson. Dans ces circonstances, le meilleur guide pour le pronostic est la cause de la lésion. Les meurtrissures produites par des explosions ou des machines et par des morsures d'animaux à dents contondantes, tels que les chevaux et les chameaux, imposent un pronostic défavorable.

Traitement. — Les meurtrissures légères ne demandent aucun traitement. La douleur excessivement aiguë, ressentie au moment de la contusion, disparaît très-rapidement. La résorption du sang extra-

vasé ne s'opère que lorsqu'il a parcouru les changements décrits ci-dessus, et il n'y a aucun moyen d'en accélérer la marche.

Si le sang s'est épanché dans une cavité d'une certaine importance, il est possible, au moins immédiatement après la lésion, de le disséminer dans les interstices des tissus environnants, à l'aide d'une pression modérée et méthodique. C'est un traitement populaire, et il tend incontestablement à favoriser la guérison en augmentant la surface absorbante. Mais, si la contusion a eu lieu depuis quelques heures, et si le sang est déjà coagulé, ou si la réaction a commencé dans les parties adjacentes, la compression ne peut avoir que de fâcheuses conséquences. Le médecin doit alors avoir pour but d'empêcher ou d'atténuer la réaction inflammatoire, et le meilleur moyen consiste dans l'application de l'eau froide ou de la glace. L'*arnica*, que la tradition de tous les pays recommande et dont l'emploi est accrédité partout, n'est pas toujours sans inconvénients. Il est inoffensif si les tissus n'ont été que légèrement meurtris; mais, dans les contusions graves, et, comme telles, susceptibles d'amener par réaction une inflammation dangereuse, ses effets sont toujours nuisibles. L'application d'un irritant aromatique, pendant un court espace de temps, peut être faite avec avantage durant la première ou deuxième heure après une forte contusion, tandis que la partie lésée est insensible, et qu'il n'existe qu'une congestion passive autour de l'extravasation. Mais, dès que la réaction commence, il faut cesser cette médication et avoir recours aux applications froides (1).

Le traitement des tuméfactions qui subsistent après les contusions, et celui de la gangrène, qui en est quelquefois la conséquence, appartient à la chirurgie proprement dite, et par conséquent je n'en parlerai pas ici.

Extravasations par suite de blessures. — Les seules espèces de blessures qui déterminent une hémorrhagie sous-cutanée dans la peau à l'état sain, sont des piqûres si petites, que les ouvertures qu'elles font dans l'épiderme se referment immédiatement. Cet accident est surtout occasionné par la morsure ou l'aiguillon d'animaux, notamment de ceux qui sucent après avoir fait une incision. Ainsi, on aperçoit ordinairement un anneau pétéchial autour des piqûres de sangsues, principalement lorsqu'elles ont été appliquées sur des tissus lâches,

(1) Quoique Hebra déclare, quelques lignes plus loin, qu'il ne veut pas empiéter sur le domaine de la chirurgie, nous félicitons nos lecteurs du retard que le savant professeur a mis à s'apercevoir de cette usurpation. On trouverait difficilement une page de chirurgie usuelle plus pratique, mieux raisonnée, plus capable de produire une impression salutaire sur la classe qu'elle a pour but d'éclairer. (A. D.)

comme le scrotum (1), ou sur une surface morbide, comme celle d'une tuméfaction inflammatoire ; mais les exemples les plus nombreux et les plus frappants de ces ecchymoses sont fournis par les piqûres de puce, de sorte que quelques auteurs ont décrit les lésions occasionnées par ces insectes sous un nom particulier, *Purpura pulicosa*. Il pourrait sembler puéril de s'arrêter davantage à des altérations si communes et si insignifiantes de la peau humaine, si, dans certains cas, elles n'avaient donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Une piqûre de puce produit une tache hémorrhagique de la grosseur d'une tête d'épingle dans les couches les plus superficielles du tégument, et elle s'entoure promptement d'un anneau injecté ayant presque le double de sa largeur, qui est en outre parfois bordé lui-même d'un cercle léger presque blanc. Quand la piqûre est récente, il est presque impossible de distinguer l'extravasation d'avec l'hyperémie environnante; elles présentent toutes deux la même coloration brillante. Mais le cercle de la congestion active devient bientôt plus pâle, et la tache ecchymotique plus sombre, et il est alors facile de les distinguer. Au bout de quelques heures, l'hyperémie disparaît complétement, et l'extravasation centrale qui reste ne présente plus en apparence aucune différence avec une tache purpurique ordinaire.

Lorsque plusieurs de ces taches apparaissent en même temps, on peut, à première vue, les prendre pour du *P. simplex* ou du scorbut (2), et avec d'autant plus de raison qu'elles ne surviennent, en général, en aussi grand nombre que sur des personnes récemment sorties de prison, de mauvais garnis, de casernes, lieux qui donnent à leurs habitants un aspect cachectique, et rendent probable chez eux le développement du scorbut.

Le point le plus efficace pour établir en ces cas le diagnostic est

(1) Rappelons, à ce sujet, que l'application de sangsues n'a que bien rarement besoin d'être faite directement sur le scrotum. Dans les cas où une évacuation sanguine locale est le plus fréquemment indiquée, c'est-à-dire dans l'épididymite blennorrhagique, huit sangsues appliquées bien exactement sur le cordon spermatique du côté malade apaisent plus complétement et plus vite l'inflammation que ne le feraient quinze sangsues mises, selon l'ancien procédé, sur la région enflammée elle-même. C'est là une vérité que l'expérience a surabondamment démontrée, un point sur lequel tous les praticiens, les spécialistes de toutes les écoles — chose plus rare ! — sont aujourd'hui d'accord. (A. D.)

(2) Examinées superficiellement ou par un médecin inexpérimenté, ces piqûres peuvent en imposer pour des taches de roséole syphilitique. Notre cher maître Ricord, dans ses conférences à l'hôpital, au lit du malade, ne dédaignait pas de prémunir ses disciples contre une pareille méprise ; et, clinicien jusqu'au bout des doigts, plus d'une fois on le vit leur imposer l'obligation de terminer par l'exécution sommaire du coupable un diagnostic qu'il se félicitait ainsi de leur apprendre à porter *ad unguem*. (A. D.)

la distribution des taches isolées. Les puces se tiennent de préférence dans les plis des vêtements de dessous; aussi la peau est-elle plus particulièrement recouverte de leurs piqûres là où ils forment le plus grand nombre de plis, au cou, aux poignets, au milieu du corps, dans les points où il existe des bandages et des ceintures, et aux jambes, au-dessus des chevilles. Mais on trouvera, en outre, toujours quelques-unes de ces taches entourées d'un cercle hyperémique, et, de plus, la présence des puces attirera l'attention sur leurs piqûres.

Extravasations par suite de désordres mécaniques dans la circulation.— Les ecchymoses peuvent survenir, comme conséquence de meurtrissures légères ou même d'une contraction musculaire excessive sur les parties de la peau qui sont sujettes à des troubles permanents de la circulation, tels que ceux causés par la présence de veines variqueuses ou par d'autres obstructions mécaniques. Elles peuvent aussi accompagner les affections exsudatives, telles que l'eczéma, qui surviennent souvent dans les mêmes circonstances, et, dans ces cas, leur marche présente quelques particularités.

Dans de telles conditions, la pression exercée par le sang sur la paroi d'un vaisseau étant plus forte qu'elle ne doit être, non-seulement l'hémorrhagie sera étendue, mais plusieurs extravasations se produiront facilement dans le même point. La quantité de sang est quelquefois alors assez considérable pour qu'il ne puisse plus être complétement résorbé; mais, après avoir parcouru les changements décrits dans la première partie de ce chapitre, il reste où il a été exsudé, et le siége de l'hémorrhagie est marqué par une tache pigmentée brune, qui peut persister pendant longtemps, et même durant la vie tout entière.

Willan décrit une variété de purpura qui, d'après ses assertions, ne se manifeste que chez les personnes âgées, surtout aux extrémités inférieures, et qui se distingue des taches séparées, par sa longue persistance et par le retour réitéré de l'hémorrhagie. Ce *purpura senilis* de Willan a été considéré, par la plupart des écrivains modernes, comme un simple purpura se présentant chez les personnes âgées. Mais Batemann parle d'une femme chez laquelle des taches purpuriques parurent successivement pendant plusieurs années sans interruption, et il fait observer que c'est une erreur de confondre le purpura ordinaire qui survient chez les vieillards avec le vrai purpura senilis.

Je crois donc avoir raison de traiter ici de cette variété de purpura, bien que ni Willan ni Batemann ne fassent mention des obstructions de la circulation. Il est vrai, sans aucun doute, que

ces extravasations surviennent plus fréquemment chez les personnes d'un certain âge, sinon très-âgées. L'état variqueux des veines est moins fréquent dans la jeunesse, et, dans tous les cas, il a moins d'importance, parce que les tissus ont à cet âge un plus grand pouvoir de résistance. Le siége de cette affection est toujours aux extrémités inférieures. Lorsque l'effusion du sang a eu lieu à plusieurs reprises, la peau subit un changement notable dans sa coloration. Si les ecchymoses sont petites et disséminées, le membre se recouvrira de nombreuses taches brunes de pigment, se distinguant facilement de la peau adjacente, et il présentera un aspect marbré et tacheté. Si les ecchymoses sont plus larges et rapprochées, on verra de grandes taches d'un brun foncé uniforme.

Dans le cas d'une maladie antérieure des vaisseaux sanguins, la forme de purpura qui en résulte est facilement reconnaissable. Et, fût-il impossible d'en découvrir aucune, nous devrions présumer qu'elle existe toutes les fois que les extravasations se produisent fréquemment chez des personnes d'ailleurs saines, par suite de causes excitantes légères, et quand elles sont limitées à une région circonscrite du corps.

Ces extravasations n'exigent aucun traitement et ne présentent, du reste, aucune indication de cette nature. Mais étant donné ce fait qu'elles se reproduisent souvent, et étant démontré que sur un point où la pression circulatoire est anormalement grande, il y aura constamment dilatation progressive des veines, et, enfin, une hémorrhagie plus ou moins importante, il en résulte qu'il faut prendre des mesures pour arrêter les progrès du mal. Le procédé le plus certain est d'appliquer une pression extérieure soit en entourant la jambe d'un bandage élastique, soit en portant un bas élastique. S'il s'agit du bras, ce traitement serait difficile; mais heureusement il n'est pas nécessaire, car des lotions alcooliques ou froides suffisent pour atteindre le même résultat.

HÉMORRHAGIES SYMPTOMATIQUES.

Le professeur Virchow, dans l'ouvrage auquel j'ai déjà renvoyé (voy. p. 412, note), a traité à fond du mode de production des hémorrhagies. Il discute également l'hémophilie (diathèse hémorrhagique) et le scorbut, états généraux qui disposent à l'extravasation du sang. Le premier est moins caractérisé par la spontanéité de l'hémorrhagie que par la rapidité avec laquelle elle se produit par des causes mécaniques et la grande quantité du fluide qui s'écoule souvent. Mais quant

au scorbut, l'exsudation du sang dans les tissus de la peau est un de ses caractères. Il apparaît alors des taches ecchymotiques dont la largeur varie du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de cinq francs, et même au-dessus. Elles se présentent d'abord, et en plus grand nombre, aux extrémités inférieures, mais quelquefois elles se répandent sur le corps tout entier. Dans certains cas, la peau recouvrant une tache scorbutique est soulevée comme une bulle par un liquide décoloré, et, lorsqu'elle tombe, on voit un ulcère quelquefois superficiel, d'autres fois profond, avec des granulations fongueuses qui saignent très-facilement. Le plus souvent, les hémorrhagies qui occupent les couches plus profondes du chorion, et les tissus sous-cutanés, produisent des tuméfactions aplaties et un peu dures, douloureuses et de couleur livide ou bleuâtre.

Toute hémorrhagie cutanée, soit idiopathique, soit symptomatique, est, en général, désignée par les auteurs sous le nom générique de purpura; mais ils ne s'accordent pas entre eux sur ce qui concerne les processus pathologiques compris sous cette dénomination, et, il faut le dire, aucune des opinions émises sur ce sujet ne se fait remarquer par la clarté.

Willan distingue cinq espèces de purpura : *purpura simplex*, *senilis*, *cachectica*, *urticans*, *febrilis;* on peut y ajouter l'affection qu'il appelle *lichen lividus*, qu'il a séparé des autres altérations hémorrhagiques pour le placer parmi les papules. Je me suis déjà occupé du véritable caractère du purpura senilis, et je l'ai rangé au nombre des hémorrhagies dues à des causes mécaniques; mais les autres espèces adoptées par Willan ne peuvent pas être considérées comme des maladies indépendantes, car elles ne constituent que des complications peu importantes, comme le *purpura urticans*, ou indiquent la présence de quelques affections additionnelles telles que le *P. cachectica*.

Fuchs réunit les congestions passives de la peau et les hémorrhagies symptomatiques dans une seule classe qu'il appelle « Hæmatochroses, » et il divise en deux genres le purpura et le scorbut, le premier comprenant les espèces purpura *simplex* (avec les variétés de *P. minima*, *diffusa* et *senilis*), et *P. hæmorrhagica*. Sur le terrain théorique, Fuchs place un *P. rheumatica* parmi ses « Rheumatoses. »

Alibert n'explique pas plus clairement ce sujet, et fait des distinctions inutiles entre le *Peliosis* (Purpura) et les pétéchies. Chausit, Gibert et tous les auteurs français qui ont écrit sur ce sujet n'admettent que deux affections générales capables de produire l'ecchymose, le *P. simplex* et le *P. hæmorrhagica*. Mais il ressort de leurs descriptions que ces

deux maladies ne diffèrent que par le degré; car le seul signe diagnostique qu'ils indiquent entre elles est l'extension de l'hémorrhagie aux membranes muqueuses, et ils admettent que l'affection d'abord légère peut prendre un caractère plus grave. Mais depuis qu'il est prouvé que la composition du sang n'est point identique dans tous les cas de purpura, et que l'hémorrhagie dans les organes internes peut altérer la marche des symptômes, je trouve plus convenable de conserver pour l'étude une division basée sur ces données.

Purpura rheumatica. *Peliosis rheumatica* (Schönlein), *Rheumatoceles* (Fuchs). C'est à Schönlein qu'appartient le mérite d'avoir le premier appelé l'attention sur cette forme de purpura, qui offre des particularités telles que l'on doit la considérer comme une maladie indépendante.

Symptômes. — Le sujet commence à ressentir des tiraillements douloureux, quelquefois accompagnés de symptômes fébriles aux articulations, d'abord le plus souvent aux genoux et aux malléoles, sans qu'il se manifeste sur ces parties aucune modification pathologique. Au bout de quelques jours, on voit survenir dans le voisinage des articulations douloureuses, ou répandues sur d'autres régions, notamment sur l'abdomen et la poitrine, des taches d'un rouge sombre, livides ou presque noires, qui ne changent pas d'aspect sous la pression du doigt. Aussitôt que ces taches apparaissent, les douleurs rhumatiques cessent ordinairement. Elles sont constituées par l'extravasation du sang et s'entourent, pendant un court espace de temps après leur première apparition, de congestion active. Elles sont arrondies, d'une grosseur variant d'une graine de chènevis à celle d'une lentille; quelquefois elles s'élèvent légèrement au-dessus du niveau de la peau, mais, en règle générale, elles sont complétement plates. Au bout de vingt-quatre heures, elles prennent une teinte plus foncée, d'abord brun rouge, puis jaune, et disparaissent sans desquamation, après une durée de huit ou dix jours. Pendant le processus d'évolution, il se manifeste quelquefois de nouvelles douleurs, et en même temps il survient une seconde éruption pétéchiale; aussi la maladie peut-elle se prolonger ainsi pendant plusieurs semaines (1).

Cette forme de purpura s'observe surtout chez les individus vigou-

(1) Fuchs parle du danger qui menace le malade dans le cas où ces taches ecchymotiques viendraient à disparaître subitement. Mais on ne saurait concevoir que le sang une fois extravasé soit résorbé sans passer par des changements dégénératifs réguliers. Aussi la disparition subite des pétéchies est-elle impossible; et l'on doit supposer que Fuchs, qui connaissait bien la nature de ces taches, a émis cette assertion sous l'empire d'une théorie erronée bien plus que de l'observation directe.

reux et sains. Toutefois, suivant les observations de Fuchs, les sujets qui ont longtemps souffert de rhumatisme chronique en sont quelquefois atteints. Elle est surtout fréquente de vingt à trente ans; on ne l'a jamais remarquée chez des enfants ou des personnes âgées; elle est plus commune chez les hommes que chez les femmes.

Le *diagnostic* de la maladie, lorsqu'elle est complétement développée, ne présente aucune difficulté. Les douleurs rhumatiques préliminaires, les taches ne disparaissant pas sous la pression du doigt, leur distribution, ainsi que l'absence de symptômes scorbutiques, la distinguent de toutes les autres affections. Il n'est, toutefois, pas facile de reconnaître à son début la *peliosis rheumatica*, parce que les douleurs qui en sont alors le seul symptôme sont plus fréquemment considérées comme le résultat de quelque autre maladie que comme le précurseur du purpura.

Le *pronostic* est le plus souvent favorable. Les douleurs s'évanouissent avec l'invasion de l'éruption; et, bien qu'il y ait souvent des rechutes, la durée totale de l'affection est limitée, et l'apparition soudaine de l'ecchymose, qui alarme le malade, ne doit point être regardée par le médecin comme un symptôme défavorable.

Il faut reconnaître, toutefois, que certains cas de cette forme rhumatique de purpura se terminent d'une manière fatale, lors même qu'il n'existe pas de maladie concomitante, telle que tuberculose ou maladie de Bright, maladie dont il est trop facile de prédire le résultat.

Le *traitement* de la *peliosis rheumatica* est purement expectant. Il n'y a pas à se préoccuper de dangers à éviter, car on ne possède aucun moyen d'abréger la marche du mal, ni d'empêcher une terminaison fatale. On peut recommander le repos dans la position horizontale comme un moyen actif de guérison rapide. Comme les douleurs éprouvées par le malade réclameront un traitement avant même que l'on ait été à même de porter un diagnostic, il n'est pas douteux que dans chaque cas le médecin ne fasse quelque prescription, à laquelle, dès lors, naturellement, on sera disposé à attribuer la diminution, tant faible soit-elle, de la douleur.

Purpura simplex. *Blutfleckenkrankheit.* Le caractère essentiel du purpura est le développement spontané de pétéchies répandues sur une large portion de la surface du corps.

Il s'établit sans cortége de symptômes bien définis. Constamment, dès sa première apparition, le malade se plaint de malaises, d'inappétence, d'inaptitude à se mouvoir, de prostration; mais ces symptômes ne sont pas particuliers au purpura et peuvent manquer com-

plétement. Dans ce dernier cas, l'éruption de taches hémorrhagiques est le seul signe de la maladie, comme il en constitue toujours le plus important.

Ces ecchymoses varient en étendue depuis celle d'une piqûre de puce jusqu'à celle d'une lentille; leur coloration est pourpre d'abord, puis brun foncé; elles ne s'élèvent pas au-dessus du niveau de la peau et ne disparaissent point sous la pression du doigt. Elles sont toujours discrètes, à bords nettement tranchés, arrondies ou irrégulières. Elles sont ou circonscrites aux extrémités inférieures ou disséminées sur tout le corps, mais toujours plus nombreuses aux jambes; la partie le moins souvent affectée est la face. Leur distribution est tout à fait irrégulière, bien qu'elles se présentent en grand nombre. Rayer a fait remarquer qu'à certaines places elles forment des groupes définis. D'après le même auteur, l'épiderme est quelquefois soulevé par le sang extravasé sur quelques points disséminés à la surface.

On peut quelquefois observer, entre les taches ecchymotiques, de longues lignes livides isolées ou ramifiées; un espace considérable peut ainsi être converti en une tache livide uniforme. Ces extravasations étendues se rencontrent principalement sur la face dorsale de la main, sur le cou-de-pied et à la face interne des bras et des cuisses. Elles ne surviennent pas toutes à la fois, mais se succèdent comme le résultat d'hémorrhagies sous-cutanées répétées, et si l'attention du malade n'a pas été attirée sur ces larges taches par quelques symptômes subjectifs, il n'est pas rare que le médecin les observe à divers degrés d'évolution.

Dans quelques cas rares, le purpura commence par la formation d'élevures plates, rouges, irrégulières, dont l'étendue varie de celle d'une lentille à celle d'une fève (*Purpura urticans*, de Willan), état qui ne se distingue de l'urticaire que par la couleur plus foncée des élevures et l'absence complète de démangeaison. Ces élevures ne durent que quelques heures. Elles ne paraissent d'abord que comme le produit d'une exsudation inflammatoire, leur rougeur disparaît complétement sous la pression du doigt; mais elles prennent rapidement une teinte livide, deviennent moins sensibles à la pression, s'affaissent au niveau de la peau environnante, et, dans l'espace de dix à vingt heures, à partir de leur première apparition, elles se transforment complétement en taches ecchymotiques rougeâtres qu'il est impossible, soit par leur aspect, soit par leur marche ultérieure, de distinguer de celles du purpura ordinaire.

Puisque les faibles symptômes inflammatoires qui accompagnent

cette affection ne sont dus qu'au même agent irritant qui est la cause de l'hémorrhagie, il ne convient pas de regarder cette déviation de la marche ordinaire du purpura comme constituant une maladie distincte. Il peut se faire que la même cause, sur une peau impressionnable, détermine une élevure, et, lorsque la réaction est moins forte, une tache pétéchiale non précédée d'hyperémie.

Il se développe quelquefois de petites papules entre les ecchymoses; elles ont alors une coloration livide, et leur ressemblent sous tous les autres rapports, et comme aspect et comme marche. Je propose de donner à cet état le nom de *purpura papulosa*.

Willan le regardait comme une affection particulière et l'a décrit comme *lichen lividus;* mais il établit lui-même la grande similitude de cet état avec le purpura, auquel il appartient naturellement, Par le fait, la formation des papules n'est pas plus importante dans l'hémorrhagie que dans les maladies inflammatoires de la peau, et l'on sait que plusieurs de ces dernières donnent quelquefois lieu à des papules, et parfois seulement à des taches qui ne présentent aucune différence dans leurs symptômes caractéristiques. La formation des papules dépend probablement d'une hémorrhagie abondante survenant sur un espace restreint, et les extravasations qui les produisent se trouvent alors plus fréquemment autour des follicules pileux, parce qu'ils sont alimentés par un réseau capillaire qui vient directement des tissus plus profonds.

Pour porter le diagnostic, il faut considérer si le purpura a oui ou non commencé par des papules; il faut aussi tenir compte de l'aspect des taches ecchymotiques et des modifications ultérieures qu'elles subissent rapidement. Les changements de coloration du livide au brun, au vert, et enfin au jaune sale, ont déjà été signalés. A mesure que la teinte s'affaiblit, les pétéchies deviennent moins marquées, indistinctes, et disparaissent enfin entièrement sans aucune desquamation.

Le changement de couleur débute presque toujours sur les bords de chaque tache ou sur la surface entière en même temps. Rayer affirme que la résorption commence au centre, de telle sorte que des anneaux jaunâtres peuvent persister pendant quelque temps. Dans les cas rares où le sang n'est qu'extravasé sous l'épiderme, il se dessèche et forme une petite croûte noirâtre.

Dès que l'absorption est complète, tout symptôme morbide cesse; mais il faut se garder de croire la maladie guérie tant qu'il ne s'est pas écoulé plusieurs jours sans rechute.

L'*étiologie* du purpura est, dans presque tous les cas, très-obscure, puisqu'il se présente chez les personnes robustes et bien constituées aussi bien que chez les sujets faibles ou scorbutiques; il est donc impossible de l'attribuer à la pléthore ou à l'anémie, à l'excès ou au manque de nourriture.

Son apparition à l'état sporadique indique son indépendance des conditions telluriques. Et comme les membranes muqueuses et les autres tissus en sont indemnes, il faut supposer que les causes de ce purpura simple affectent la peau seule, beaucoup plus du moins que toute autre partie du corps. On peut affirmer avec certitude que la température et l'habillement ont une grande influence sur sa production.

Le *diagnostic* du *purpura simplex* est établi lorsque les pétéchies existent sans que d'un côté il soit possible de les attribuer à une cause mécanique, et sans que, de l'autre, on puisse trouver chez l'individu qui en est atteint quelques maladies primaires, telles que fièvre typhoïde ou hémorrhagie des membranes muqueuses.

Les seules ecchymoses traumatiques qui pourraient donner lieu à quelques difficultés seraient celles produites par une multitude de piqûres de puces. Mais, comme je l'ai déjà fait remarquer, ces ecchymoses spéciales se distinguent par leur mode particulier d'arrangement et la présence de taches hyperémiques récentes; aussi, avec un peu de soin, on peut éviter toute erreur de ce genre. Il peut arriver qu'on cherche à produire un purpura factice, par exemple, au moyen de coups donnés avec une brosse dure. Mais de pareilles ecchymoses traumatiques sont toujours accompagnées de signes d'inflammation, au moins à leur début, et sont limitées à quelques régions du corps, celles que le malade peut facilement atteindre, ou, dans tous les cas, plus nombreuses et plus distinctes dans ces points.

Le *pronostic* est absolument favorable. La maladie entière, si elle est réduite à une simple éruption, dure de huit à dix jours; elle peut, toutefois, se prolonger pendant des semaines, ou même des mois, par des rechutes répétées. Comme il est impossible de prévoir ces récidives par des symptômes précurseurs, et comme elles surviennent souvent lorsque la première éruption a entièrement disparu, il est impossible, dans un cas donné, de préciser quelle sera la durée de la maladie.

On ne peut formuler que des indications insignifiantes sur le *traitement* du purpura, car il n'existe pas de moyen de hâter la résorption du sang extravasé.

Les seules mesures prophylactiques possibles sont la proscription, dans les habitudes et la manière de vivre du malade, de tout ce qui paraît avoir provoqué l'atteinte de purpura. On peut en même temps stimuler l'activité normale de la peau, et particulièrement celle de ses fibres musculaires involontaires, par l'exercice en plein air, les bains froids et les douches.

On jugera, par l'étendue et la distribution de l'éruption, de ce qui doit être préféré soit du repos, soit du mouvement. S'il existe de larges vibices sur les extrémités inférieures, on recommandera le premier; dans les autres cas, on conseillera un exercice modéré.

Purpura hæmorrhagica, *Morbus maculosus* (Werlhoff), *Blutflecken-krankheit, Land-scurvy.* — Sous ce nom, bon nombre d'auteurs décrivent une maladie qui commence par l'extravasation du sang dans la peau, et qui tient le milieu entre le purpura simple et le scorbut.

Il se distingue du premier par l'étendue des ecchymoses, leur propagation aux membranes muqueuses et par l'apparition d'hémorrhagies dans les cavités muqueuses. Mais, comme je l'ai déjà fait remarquer, ce ne sont là que des différences de degrés, et, jusqu'à ce que nous puissions réaliser une connaissance plus exacte de la nature propre de ces maladies, il est difficile d'établir entre elles une séparation bien définie; nous les rencontrons, en effet, à tous les degrés, depuis des pétéchies peu nombreuses à la peau jusqu'aux larges extravasations accompagnées d'hémorrhagie interne fatale.

D'un autre côté, plusieurs observateurs voudraient identifier le *purpura hæmorrhagica* avec le scorbut, ne le considérant que comme une variété légère de cette affection. Mais ceux même qui pensent que ces deux maladies sont sous la dépendance de la *crase* doivent admettre qu'elles diffèrent dans leurs phénomènes essentiels, et que, dans tous les cas, elles ne présentent pas de relation dans leurs différents degrés; car on voit souvent des formes légères de scorbut, tandis que le purpura peut quelquefois être accompagné des plus violents symptômes et se terminer par la mort.

Symptômes caractéristiques. — Sans aucune cause connue, il survient une sensation d'épuisement et de fatigue, un dégoût du travail, de l'inappétence, de la céphalalgie et de l'oppression. Le patient paraît malade, abattu, la peau flasque; la pyrexie est légère ou nulle. Ces symptômes précurseurs peuvent durer de deux à dix jours avant l'apparition réelle de la maladie. Mais, plus fréquemment, cependant, l'affection se manifestera d'une manière brusque par des pétéchies, ou même par une hémorrhagie intense.

Les taches paraissent d'abord aux extrémités inférieures, où elles peuvent facilement passer inaperçues, puis sur le tronc et les bras; mais, en règle générale, la face n'est pas envahie. Plusieurs de ces taches atteignent les dimensions d'une pièce d'un franc, quelquefois plus, et entre elles se trouvent disséminées de nombreuses pétéchies dont la grosseur varie d'une tête d'épingle à une graine de chènevis.

Il survient en même temps, ou bientôt après, des ecchymoses analogues sur la membrane muqueuse des lèvres, des joues, du palais, du voile du palais et des gencives. Ces taches sont d'abord d'un rouge plus vif que celles de la peau, mais deviennent ensuite plus foncées, presque noires. Il n'y a aucune amélioration dans les symptômes généraux : au contraire, si ces taches ne sont pas survenues dès le début, leur apparition coïncide avec la première apparition de pétéchies.

La forme et la distribution de ces taches sont très-irrégulières, se montrent plus larges et plus nombreuses aux extrémités inférieures, où elles ont fait leur première apparition. Pendant que l'éruption primaire parcourt ses différentes phases, il survient de nouvelles plaques sur les autres parties du corps, de telle sorte que l'on peut voir en quelques jours des ecchymoses existant à toutes les périodes de leur évolution.

La peau est tellement vulnérable qu'une légère pression suffit pour produire une tache hémorrhagique. Aussi arrive-t-il facilement que, par suite de circonstances naturelles ou accidentelles, les ecchymoses seront plus nombreuses et plus étendues sur certaines parties que sur d'autres. Au creux du jarret, par exemple, elles se réunissent souvent de manière à constituer de larges plaques de la grandeur de la main; c'est pour cela que les chirurgiens anglais ont donné le nom de « black-leg » au *P. hæmorrhagica*, qui était si communément observé lors de la guerre contre les Cafres.

En outre de ces symptômes, il faut mentionner l'apparition d'hémorrhagies sur la surface des membranes muqueuses. L'espèce la plus fréquente est l'épistaxis, puis l'hémorrhagie des gencives, des intestins et des voies urinaires. L'hémoptysie et l'hémorrhagie utérine sont beaucoup plus rares. De quelque source que vienne l'effusion sanguine, elle est quelquefois très-considérable et se répète souvent. Le plus grand état d'épuisement se manifeste lorsque toutes les membranes sont simultanément le siége d'hémorrhagie; il y a, dans ces cas, pyrexie, élévation de température de la peau; le pouls monte à 100 pulsations et au delà. Il y a en même temps une grande faiblesse

musculaire, de la céphalalgie, de l'inappétence, sécheresse de la langue. Lorsque la membrane muqueuse des bronches est attaquée, il y a toux fréquente, expectoration de sang noir, et l'exsudation fait découvrir des râles humides dans l'un des poumons ou dans tous les deux. Quand l'hémorrhagie a lieu dans l'estomac ou dans les intestins, le malade éprouve une douleur vague dans l'abdomen et il vomit ou il rend par le rectum une grande quantité de sang. Lorsque la partie affectée est la vessie, l'urine prend une teinte rouge foncé, avec dépôt de sédiment sanguin.

La première apparition de l'hémorrhagie est quelquefois accompagnée d'un sentiment de soulagement que l'on peut considérer comme un symptôme favorable; car, alors, l'état général paraît s'améliorer. Mais si l'hémorrhagie continue, la faiblesse du malade augmente en même temps que l'oppression (*muscæ volitantes*), les syncopes, et on arrive alors à l'anémie. Si le cours de l'affection se prolonge, il peut survenir un œdème des pieds, et, dans quelques cas rares, effusion dans les cavités séreuses du corps.

Anatomie pathologique. — L'examen des individus qui sont morts de cette forme de purpura montre qu'il y a eu extravasation de sang dans la peau, dans le fascia sous-cutané, au-dessous des taches ecchymotiques. Ce sang disparaît facilement sous l'influence d'un courant d'eau, et il n'y a jamais de signes d'inflammation au voisinage. On peut rencontrer des effusions semblables dans les membranes muqueuses, moins communément dans la plèvre, le péricarde et l'endocarde. La membrane muqueuse des bronches, en général, n'est pas atteinte. (Galatti.)

Les opinions diffèrent beaucoup en ce qui concerne le caractère du sang lui-même. Il est généralement de couleur foncée et peu disposé à se coaguler. Legrand, par ses recherches, a établi la présence de disques sanguins (1). Si l'hémorrhagie continue et se renouvelle, le sang devient d'un rouge vif, et enfin semblable à de l'eau dans laquelle on aurait trempé de la viande crue. Dans cet état, Legrand, Rayer et Biett, ont trouvé qu'il contenait presque tous les corpuscules normaux, mais qu'il était incapable de se coaguler. Albers, au contraire, prétend qu'il a vu, dans les cas de *P. hæmorrhagica*, le sang se coaguler aussi complétement que celui tiré dans des maladies inflammatoires.

Dans une analyse de Becquerel (2), le sang veineux d'un malade

(1) *Union médicale*, 1851.
(2) Cité par Gustave Simon, *op. cit.*

atteint de cette affection a présenté les caractères suivants : il a conservé une couleur foncée pendant vingt-quatre heures, est resté parfaitement liquide, sans séparation en caillots et sérum. Agité après cette période, il ne laissait découvrir aucune trace de fibrine. Les corpuscules sont restés unis avec le sérum, sans qu'il ait été possible de les séparer par l'action du froid ou du sulfate de soude. Sur 1000 parties de sang, il y avait 843,44 d'eau contre 196,56 de matières solides; mais Becquerel n'a pu réussir à établir la proportion relative des éléments composant ces dernières.

Marche et résultats. — Le purpura hémorrhagique est le plus aigu de tous les processus que nous avons étudiés dans ce chapitre. Dans les cas graves, il se termine fatalement quelques jours après son apparition; ou bien, dans le même espace de temps, la guérison peut avoir lieu. L'un et l'autre de ces résultats sont également rares. La plupart du temps, le malade guérit; mais ce n'est qu'au bout de quelques semaines qu'il recouvre complétement la santé.

Dans les cas favorables il ne se présente aucunes nouvelles pétéchies, et celles déjà formées changent de couleur, deviennent pâles et disparaissent entièrement sans desquamation. Lorsque la maladie dure longtemps, et surtout s'il y a des hémorrhagies persistantes, il peut survenir de l'œdème aux membres inférieurs, et même de l'ascite, ce qui retarde considérablement la convalescence.

Lorsque la mort arrive, elle est, en général, le résultat d'hémorrhagies répétées, amenant l'anémie et le collapsus. Elle survient quelquefois avec un cortége de phénomènes typhoïdes qui se produisent pendant les derniers jours de la maladie. Il est très-probable que cet effet est la conséquence d'une décomposition du sang extravasé et de la réabsorption de ses produits dans la circulation.

Étiologie. — Les causes réelles du purpura hémorrhagique sont entièrement inconnues. On a allégué qu'il survient principalement dans la classe inférieure, qui est mal nourrie et habite dans des logements froids, peu aérés et humides (Fuchs); qu'il attaque les enfants et les femmes plus souvent que les hommes; que les exemples s'en observent parfois en grand nombre dans les districts marécageux ou sur les bords de la mer, et enfin qu'il accompagne parfois la convalescence de maladies graves, toutes conditions que favorisent l'apparition du scorbut.

Mais un nombre suffisant d'observations prouvent que le *P. hæmorrhagica* peut se développer non-seulement sous l'influence de sembla-

bles causes prédisposantes, mais dans des conditions complétement opposées; car il attaque les individus forts, se nourrissant bien et vivant dans les meilleures conditions hygiéniques.

Il est donc probable que les circonstances énumérées plus haut n'ont qu'une faible influence sur la production du purpura et qu'elles n'ont été indiquées que parce qu'elles sont les causes bien connues de la maladie qui s'en rapproche le plus, le scorbut.

Le plus souvent, cette forme grave du purpura survient sporadiquement; mais quelquefois on rencontre simultanément des cas en si grand nombre, qu'on ne peut que les attribuer à une influence tellurique.

Diagnostic. — Le caractère qui distingue le *P. hæmorrhagica* des autres désordres similaires et concomitants est l'apparition simultanée d'ecchymoses sur la peau et d'hémorrhagies à la surface des membranes muqueuses. Dans le purpura simple, les pétéchies se présentent sans aucune hémorrhagie externe; dans le cas de diathèse hémorrhagique (hemophilia), il peut ne pas y avoir de pétéchies, ou, s'il en existe, elles doivent leur origine à quelques légères causes traumatiques. Dans le scorbut, il est vrai, ces deux symptômes existent; mais on peut distinguer cette maladie du purpura hémorrhagique, d'après les caractères suivants:

1° Le scorbut se développe sous l'influence de causes déprimantes, soit simplement morales, soit agissant matériellement sur le corps, telles qu'une alimentation insuffisante ou peu convenable, un air chargé d'humidité ou de matières organiques, le froid brumeux des régions du nord et d'autres influences telluriques. Le purpura, d'autre part, survient, en général, en dehors de ces conditions, et il est même douteux qu'elles favorisent son apparition. Aussi en résulte-t-il nécessairement que le scorbut, en règle générale, affecte simultanément plusieurs habitants d'un district, puisqu'ils se trouvent tous exposés aux mêmes causes délétères, tandis qu'il en très-rarement ainsi du purpura.

2° Les symptômes prémonitoires du scorbut, — mélancolie, sentiment de fatigue et de faiblesse, douleur dans les mouvements, apparence cachectique, etc.,— font complétement défaut dans le purpura ou ne s'y manifestent qu'à un degré très-léger.

3° Dans le scorbut, le pouls est petit et les bruits du cœur faibles dès le début. Les gencives, tuméfiées, perdent leur épithélium par places, et sécrètent une sérosité sanguinolente, tandis que les dents sont ébranlées. Outre des pétéchies sur la peau, il se fait dans

le fascia sous-cutané des extravasations sanguines étendues qui forment des tumeurs dures et douloureuses, d'une coloration pourpre. Les ecchymoses elles-mêmes s'ulcèrent facilement aux extrémités inférieures, et quelques parties osseuses et même cartilagineuses des articulations deviennent douloureuses et tuméfiées, par suite de l'effusion du sang sous le périoste ou le périchondre. On ne voit aucun de ces symptômes dans le cours du purpura.

4° Enfin, la mort par hémorrhagie a rarement lieu chez les scorbutiques; plus souvent elle résulte alors d'une suffusion séro-sanguinolente dans les cavités de la plèvre ou du péricarde, ou d'une pyohémie et d'un empoisonnement du sang.

Ces différences non-seulement servent à établir dans la pratique le diagnostic entre les deux maladies, mais elles prouvent aussi qu'elles sont essentiellement distinctes, quoiqu'il soit cependant impossible d'expliquer ces différences, pas plus qu'on ne peut le faire pour la réunion de certains symptômes externes.

Pronostic.— Comparativement avec les affections semblables traitées dans ce chapitre, le *P. hæmorrhagica* est une maladie dangereuse; car la vie du patient se trouve souvent en péril. Il est excessivement difficile de déterminer le degré de ce risque, ainsi que la terminaison probable de la maladie dans un cas donné, puisqu'une atteinte qui paraît, au début, d'une importance légère peut prendre inopinément un caractère dangereux. Le nombre et l'étendue des pétéchies ne sont nullement en rapport avec l'hémorrhagie interne, qui peut être considérable alors que les macules sont peu nombreuses et petites. Aussi le genre d'éruption n'est d'aucun secours pour apprécier le degré probable de gravité du *P. hæmorrhagica.*

Il est à peine nécessaire de mentionner que le pronostic est plus favorable lorsqu'il s'agit de personnes jeunes, robustes et probablement en bonne santé, que lorsqu'elles sont âgées, décrépites et maladives; et lorsque l'alimentation, le logement et les autres conditions externes sont bonnes, que dans des circonstances opposées.

Les hémorrhagies légères qui sont suivies d'une sensation de soulagement n'ont aucune signification fâcheuse pour le malade. Plus l'hémorrhagie est étendue et profuse, plus sont prononcées la faiblesse et la lassitude qu'elle occasionne, et plus probable aussi est un résultat fatal. La membrane muqueuse dont l'hémorrhagie est la plus fréquente et la moins importante est celle des fosses nasales; c'est un symptôme fâcheux lorsque le sang s'épanche en même temps dans plusieurs organes, comme les poumons, la vessie et les intestins.

De plus, l'apparition de phénomènes typhoïdes est d'un funeste présage; car, dépendant de l'absorption du sang décomposé, l'état qu'ils révèlent est presque certainement terminé par une mort prochaine.

Traitement. — Considérant que les individus pléthoriques tombent souvent malades de *P. hæmorrhagica*, et qu'une perte légère de sang, au début d'une atteinte, est accompagnée d'une sensation de soulagement, on a proposé de commencer le traitement du purpura par une *saignée*. Ce mode de médication a ses plus zélés partisans en Italie et en Angleterre, deux contrées cependant d'un climat précisément opposé.

On peut sans doute justifier la saignée par des raisonnements théoriques; car il ne saurait être question de soutenir qu'elle soulage la paroi d'un vaisseau congestionné de la pression de la circulation, non plus que de dire qu'il est plus avantageux d'ouvrir au sang une issue par les veines que de le laisser se frayer un passage à travers les capillaires des poumons ou des intestins... Mais, dans la pratique, très-peu de médecins adoptent cette méthode de traitement; car, dans les cas légers, la saignée n'est pas nécessaire, et, dans ceux qui sont graves, personne ne se soucie d'augmenter par des moyens artificiels la perte considérable dont souffre déjà le malade.

La médication par le calomel, le jalap et autres purgatifs drastiques, que l'on a également recommandée, ne peut rien faire valoir en sa faveur, ni théoriquement ni empiriquement. Il faut, par conséquent, la mettre immédiatement de côté.

Dès l'époque de Werlhoff, dans le XVIIe siècle, les *acides* et l'*écorce de quinquina* tenaient une place importante dans la médication du *morbus maculosus;* on prescrivait habituellement les premiers au début, et la décoction de quinquina durant la convalescence. Cette méthode de traitement s'est maintenue en faveur jusqu'à présent, quoique l'on ait aujourd'hui remplacé le quina par le sulfate de quinine. Ces remèdes rendent, sans aucun doute, de grands services : les acides, notamment l'acide phospho-sulfurique et l'*acidum Halleri* (1), comme astringents, la quinine comme tonique.

Durant ces dernières années, Mignot (2), Argaing (3), Loufflet (4) et autres, ont beaucoup conseillé le *perchlorure de fer* comme un spéci-

(1) Cf., vol. I, p. 345, note.
(2) « Gaz. des hôpit. », 1860.
(3) « Gazette de Strasbourg », 1860.
(4) « Gaz. des hôpit. », 1861.

fique contre le purpura hémorrhagique. On l'administrait à la fois à l'intérieur en solution aqueuse, dans la proportion de 1 sur 270, et également en lotion, mais à un degré de concentration un peu plus prononcé. La grande efficacité de ce composé comme styptique suffit à expliquer les bons résultats que l'on a obtenus de son emploi. Aussi est-il sans contredit indiqué dans tous les cas de purpura qui sont accompagnés d'une hémorrhagie dangereuse. On peut considérer comme remplissant la même indication d'autres remèdes hémostatiques, tels que l'alun, le tannin et le ratanhia.

Mais il n'est pas d'une moindre importance de tenir le malade *au repos* absolu et d'employer le *froid* largement et efficacement, soit en lotions froides, soit en donnant de petits fragments de glace à sucer, ou par des lavements froids, ou en maintenant toute la surface cutanée à l'état de fraîcheur.

Le régime et d'autres points de la médication générale dépendent entièrement de l'état du malade, sous le rapport de la nutrition et des forces; aussi est-il impossible de tracer ici des règles générales à cet égard.

Purpura associé à des pyrexies. — Werlhoff savait que le purpura coïncide souvent avec des affections fébriles graves, notamment avec la variole. Dans le système si souvent cité de Willan, on trouve une maladie décrite sous le nom de *purpura febrilis*, qui est précédée d'une fièvre intense, suivie au bout de peu de temps par une éruption de pétéchies sur toute la surface du corps; cette variété est accompagnée, dit cet auteur, d'un trouble fonctionnel de l'organisme entier et d'hémorrhagies des cavités muqueuses, et, en règle générale, elle se termine rapidement par la mort.

Si l'on compare les explications des plus récents auteurs, il est à peine possible de se faire une idée nette de cet état. Wilson décrit le *P. febrilis* comme n'étant presque qu'une affection insignifiante; un très-petit nombre d'écrivains en ont fait mention, et, en Allemagne, Fuchs seul a accepté la description de Willan, mais sans nous dire s'il a jamais observé lui-même la maladie en question.

Par conséquent, dans l'état actuel de la science, on n'est pas autorisé à admettre qu'il existe une affection particulière correspondant à la description de Willan. La plupart des cas qui l'ont conduit à créer cette espèce de purpura paraissent avoir appartenu au *P. hæmorrhagica* avec symptômes fébriles, et d'autres peuvent avoir été simplement des phénomènes de quelque autre maladie grave, le plus souvent peut-être de la variole.

VARIOLA NIGRA, *V. hæmorrhagica. Schwarze Blattern.* — Dans la pre-

mière période de la petite vérole, il arrive quelquefois que des hémorrhagies graves se produisent soit sur la peau, soit sur les membranes muqueuses, et que la mort arrive avant qu'aucun autre symptôme se soit manifesté. Cette forme de l'affection débute, en général, d'une manière brusque. Une personne qui a été contagionnée éprouve une sensation de malaise. Bientôt cette sensation est suivie d'une violente céphalalgie, d'une dépression considérable inaccoutumée, de nausées ou de vomissements. Le malade est obligé de se mettre au lit, la température du corps est très-élevée, et le pouls monte jusqu'à 140 pulsations par minute.

Accidentellement, il survient aussi une rougeur erythémateuse diffuse de tout le tronc, mais principalement prononcée sur la poitrine et l'abdomen, semblable à celle qui se manifeste souvent dans le cours ordinaire de la variole. Cette éruption (qui, en connexion avec les symptômes fébriles, peut conduire à un diagnostic de fièvre scarlatine), disparaît au bout de quelques heures.

C'est, en général, vers le second jour que des taches purpuriques apparaissent avec aggravation des symptômes antérieurs. Le malade alors perd la conscience de lui-même, l'agitation augmente, le pouls devient petit, et on peut à peine le compter; la respiration est précipitée et stertoreuse, l'urine est rare, d'une teinte rouge sombre et sanguinolente, et du sang est mélangé avec les déjections involontaires.

Les pétéchies, qui existaient en premier lieu autour du nombril, s'étendent alors rapidement, de manière à recouvrir en quelques heures toute la surface du corps. La respiration est gênée par l'hémorrhagie pulmonaire, et la cyanose qui en résulte augmente la coloration pourpre foncée, ou presque noire, déjà produite par la perte de sang. Les crachats sont rouges, tandis que du sang noir, suintant par la bouche et le nez, se dessèche en croûtes noirâtres sur les lèvres, croûtes qui, si l'on n'a le soin de les détacher, accroissent encore la difficulté de respirer. Des croûtes sèches noires analogues recouvrent également les dents et le milieu de la langue.

Pendant ce temps, la température du corps est descendue au-dessous du type normal, le pouls est filiforme et à peine perceptible; le malade, complétement inconscient, ne répond plus à aucun stimulus. Les pétéchies se sont toutes transformées en petites papules pourpres qui sont surtout nombreuses sur la face, et, en réalité, représentent la première période de l'éruption variolique. Elles atteignent rarement un développement plus complet, puisque la mort arrive habituellement

vers le second ou le troisième jour à partir du début de la maladie. Dans les cas très-rares où la vie se prolonge de manière à leur permettre de se développer entièrement, elles ne restent pas longtemps remplies de sang, mais de pus, et leur teinte jaune forme un contraste très-prononcé avec la peau livide adjacente.

Dans de simples varioles graves, on trouve quelquefois les pustules remplies de sang coagulé, notamment à la paume des mains et à la plante des pieds; mais, dans ce cas, elles n'ont pas été précédées d'extravasation. Ici l'hémorrhagie n'est pas due à une affection générale des capillaires, mais simplement à la violence du processus inflammatoire local.

Même lorsque la marche de la *variola nigra* laisse aux véritables pustules le temps de se former, le résultat est encore fatal, du moins l'on ne connaît aucun cas de güérison.

Lorsque l'on examine le corps d'un malade mort de cette affection, on trouve le sang extravasé dans presque tous les tissus et organes. Les membranes muqueuses sont le siége d'ecchymoses analogues à celles de la peau, ecchymoses dans certains points très-étendues, et s'étendant à travers tous les tissus sous-muqueux. On trouve dans les poumons, le foie, la rate, des masses de sang aussi volumineuses que le poing, et l'hémorrhagie a lieu également dans le cerveau et ses membranes, les muscles, le cœur lui-même et même entre les os et le périoste.

On ignore complétement quelles sont les modifications dont le sang est le siége dans cette maladie, et sous quels rapports sa composition chimique diffère de celle de l'état de santé. Aussitôt que des pustules ou même des papules se sont développées, leur aspect décide le diagnostic. Mais les cas mêmes dans lesquels des pétéchies apparaissent sans aucune élevure de la surface sont réellement l'effet de la contagion de la variole. La preuve en est daus l'apparition de pétéchies semblables survenant durant le cours d'épidémies graves de cette maladie.

La seule autre affection dans laquelle la présence de pétéchies est d'un présage sérieux ou funeste, c'est la scarlatine. Elles sont fréquentes dans la rougeole, mais ne constituent alors l'indice d'aucun danger spécial. Leur apparition dans le typhus ou le choléra n'aggrave pas le pronostic de ces maladies, du moins dans une proportion notable.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME PREMIER

Préface de l'auteur ....
Préface du traducteur VII

CHAPITRE PREMIER.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET SYMPTOMATOLOGIE DES AFFECTIONS CUTANÉES.

Symptômes primaires, ou formes des efflorescences 3
Phénomènes morbides secondaires, ou formes secondaires des efflorescences... 18
Distribution des efflorescences sur la peau 22

CHAPITRE II.

DIAGNOSTIC, ÉTIOLOGIE, TRAITEMENT ET CLASSIFICATION DES MALADIES DE LA PEAU EN GÉNÉRAL.

Diagnostic 26
Étiologie 33
Thérapeutique 38
Classification 44

CHAPITRE III.

I[re] CLASSE. — HYPERÉMIES CUTANÉES.

Affections de la peau occasionnées par la présence d'une surabondance de sang dans les vaisseaux capillaires de cet organe 49
A. Hyperémies actives 50
a. Hyperémies actives idiopathiques 50
Érythème congestif idiopathique 51
1. Erythema traumaticum 51
2. Erythema caloricum 52
3. Erythema ab acribus seu venenatum 53
b. Hyperémies actives symptomatiques 53
1. Érythème infantile 55
2. Erythema variolosum 56
3. Roseola vaccina 58
B. Hyperémies passives 60
a. Hyperémies passives idiopathiques 60
1. Livedo mechanica 61
2. Livedo calorica 62
b. Hyperémies passives symptomatiques 63

CHAPITRE IV.

II[e] CLASSE. — ANÉMIES CUTANÉES.

Phénomènes morbides de la peau, produits par la diminution de l'injection de ses capillaires 66
A. Anémie de la peau par insuffisance absolue du sang 68
a. Anémie, suite d'hémorrhagie 68
b. Anémie, suite de maladie 68
B. Anémie de la peau par innervation anormale 69

CHAPITRE V.

IIIe CLASSE. — ANOMALIES DE SÉCRÉTION DES GLANDES CUTANÉES.

Maladies dues à des anomalies dans les sécrétions des glandes cutanées...... 71

A. Affections produites par les conditions morbides de la materia perspiratoria...... 74

a. Bromidrose générale...... 75

b. Bromidrose locale...... 76

B. Affections occasionnées par des désordres fonctionnels des glandes sudoripares...... 78

1. Changements dans la quantité de cette sécrétion...... 78

A. Hyperidrose...... 78

a. Hyperidrose générale...... 78

b. Hyperidrose locale...... 84

B. Anidrosis...... 91

2. Changements de qualité dans la sécrétion des glandes sudoripares...... 92

Glandes sudoripares...... 92

Chromidrosis...... 93

Hœmatidrosis...... 93

Galactidrosis...... 96

Uridrosis...... 97

CHAPITRE VI.

IIIe CLASSE (SUITE). — ANOMALIES DE SÉCRÉTION DES GLANDES CUTANÉES.

C. Affections causées par des états morbides de la sécrétion ou par des changements dans la structure des glandes sébacées...... 99

1. Affections cutanées causées par une sécrétion excessive de sebum...... 99

a. Affections dans lesquelles le sebum est sécrété en quantité considérable et où il n'existe pas d'obstacle à son excrétion...... 100

Séborrhée...... 100

1. Seborrhea oleosa seu adiposa...... 105

a. Sur les parties du corps qui ne sont pas recouvertes de poils...... 105

b. Sur les parties du corps recouvertes de poils...... 107

2. Seborrhea sicca s. squamosa...... 109

a. Sur les parties non recouvertes de poils...... 109

b. Sur les parties recouvertes de poils...... 110

Caractères généraux de la séborrhée...... 110

Distribution...... 110

Étiologie...... 116

Traitement...... 119

2. Affections dans lesquelles le sebum est sécrété en quantité excessive en même temps que son excrétion se trouve gênée...... 122

Comedones...... 123

Milium seu grutum...... 126

Vitiligoidea...... 128

Verrues et tumeurs sébacées...... 130

Molluscum contagiosum...... 132

3. Affections dans lesquelles la quantité de sécrétion sébacée est diminuée. 137

CHAPITRE VII.

IVe CLASSE. — EXSUDATIONS CUTANÉES.

Maladies de la peau causées par des processus exsudatifs.......... 139
1. Dermatoses exsudatives dont la marche est aiguë.......... 140
A. Dermatoses *contagieuses* aiguës exsudatives.......... 140
B. Dermatoses aiguës exsudatives, mais *non contagieuses*.......... 144
1. Érythèmes polymorphes.......... 145
2. Dermatitides propres.......... 146
3. Phlycténoses.......... 151
2. Dermatoses exsudatives qui ont une marche chronique.......... 151

CHAPITRE VIII.

IVe CLASSE (SUITE). — DERMATOSES CONTAGIEUSES AIGUES EXSUDATIVES.

Rougeole.......... 155
Historique.......... 155
Symptômes.......... 155
Définition.......... 155
Période prodromique.......... 156
— d'éruption.......... 157
— d'état.......... 158
— de desquamation.......... 159
Formes irrégulières de la rougeole.......... 160
Complications de la rougeole.......... 165
Diagnostic.......... 174
Anatomie pathologique.......... 175
Suites de la rougeole.......... 175
Pronostic.......... 178
Étiologie.......... 179
Traitement.......... 184

CHAPITRE IX.

IVe CLASSE (SUITE). — DERMATOSES CONTAGIEUSES AIGUES EXSUDATIVES.

Scarlatine.......... 186
Historique.......... 186
Symptômes de la scarlatine.......... 187
Période prodromique.......... 188
— d'éruption.......... 188
— d'état.......... 189
— de desquamation.......... 190
Variétés de scarlatine.......... 191
Complications.......... 196
Suites.......... 201
Pronostic.......... 211
Étiologie.......... 216
Diagnostic.......... 218
Traitement.......... 220

CHAPITRE X.

IVe CLASSE (SUITE). — DERMATOSES CONTAGIEUSES AIGUES EXSUDATIVES.

Variole.......... 227
Historique.......... 227
Cours normal de la variole.......... 238

Période prodromique 238
— d'éruption 239
— d'état 240
— de dessiccation 242
Anomalies dans le cours de la variole 243
Formes irrégulières de l'éruption 245
Variétés de variole dues à la présence d'autres affections cutanées ou de maladies des organes internes 247
A. Dermatoses coexistantes 247
B. Affections des membranes muqueuses 249
C. Maladies de l'œil 251
D. Maladies des organes internes 252
Suites de la variole 252
Diagnostic 256
Pronostic 259
Traitement 261

CHAPITRE XI.

Vaccine, ou cow-pox 269
Formes irrégulières de la vaccine 278
Modifications locales de la vaccine 278
— de la vaccine affectant l'organisme en général 282

CHAPITRE XII.

IVe CLASSE (SUITE). — DERMATOSES EXSUDATIVES AIGUES NON CONTAGIEUSES.

Érythèmes polymorphes 284
1. Erythema exsudativum 284
A. Erythema exsudativum multiforme 284
B. Erythema nodosum 288
Appendice 291
Pellagre 291
Acrodynie 296
Roséole 297
Urticaire 300
Diagnostic 305
Anatomie pathologique 306
Étiologie 306
Traitement 390

CHAPITRE XIII.

IVe CLASSE (SUITE). — DERMATOSES EXSUDATIVES AIGUES NON CONTAGIEUSES.

Dermatitides propres 310
A. Dermatitis idiopathica 310
1. Dermatitis traumatica 310
2. — venenata 310
3. — calorica 310
a. Dermatitis ambustionis 312
1er degré. Dermititis ambustionis erythematosa 312
2e — — bullosa 313
3e — — escharotica 314
Pronostic 316
Traitement 316

b. Dermatitis congelationis 321
1er degré. Dermatitis congelationis erythematosa 322
2e — — bullosa 323
3e — — escharotica 324
Traitement 325

CHAPITRE XIV.

IVe CLASSE (SUITE). — DERMATOSES EXSUDATIVES AIGUES NON CONTAGIEUSES.

Dermatitides propres 328
B. Dermatitis symptomatica 328
1. Dermatitis erythematosa 328
Érysipèle 328
Symptômes 329
Variétés 331
1. Par rapport à sa forme 331
2. — son étendue 332
3. — son siége 333
Diagnostic 335
Anatomie pathologique 336
Étiologie 337
Pronostic 340
Traitement 340
2. Dermatitis phlegmonosa 344
Furoncle 345
Anthrax 346
Morve 347
Affection pustuleuse produite par le virus cadavérique 350
Pustule maligne 352
Traitement 353

CHAPITRE XV.

IVe CLASSE (SUITE). — DERMATOSES EXSUDATIVES AIGUES NON CONTAGIEUSES.

Les phlycténoses 356
1. Herpès 356
Historique 356
1. Herpès labialis s. facialis 365
2. Herpès progenitalis s. prœputialis 367
3. Herpès zoster 369
4. Herpès iris et circinatus 375
Étiologie de l'herpès 378
Traitement 379
2. Miliaire 381
Étiologie 388
Diagnostic 389
Pronostic 390
Traitement 391
3. Pemphigus aigu, ou fébrile 392

CHAPITRE XVI.

IV[e] CLASSE (SUITE). — DERMATOSES EXSUDATIVES CHRONIQUES.

Psoriasis.... 395
Historique 395
Caractères 399
Diagnostic.... 406
Pronostic.... 407
Étiologie 408
Anatomie pathologique.... 408
Traitement.... 419

CHAPITRE XVII.

Lichen 455
Lichen scrofulosorum.... 456
Lichen ruber.... 462

CHAPITRE XVIII.

Pityriasis rubra.... 472

CHAPITRE XIX.

Eczéma 478
Historique 478
Définition.... 491
Variétés.... 498
Eczéma aigu.... 498
Eczéma aigu de la face.... 502
— des organes génitaux.... 504
— des mains et des pieds 505
Eczéma aigu général 505
Eczéma chronique.... 507
Eczéma chronique du cuir chevelu.... 510
— de la face 513
— du tronc 519
— des organes génitaux 520
Eczéma circonscrit.... 523
Eczéma circonscrit marginatum 523
— du pli des articulations.... 526
— des mains et des pieds.... 528
— des jambes 529
Diagnostic 530
Pronostic 535
Anatomie.... 538
Étiologie 539
Traitement.... 559

CHAPITRE XX.

Gale 588
Historique.... 588
Définition.... 618
Symptômes.... 620
(Histoire naturelle de l'acarus scabiei).... 621

Gale de Norvége........ 640
Diagnostic........ 643
Pronostic........ 645
Anatomie........ 647
Étiologie........ 646
Traitement........ 659

CHAPITRE XXI.

Prurigo........ 681
Historique........ 681
Définition........ 684
Marche........ 685
Diagnostic........ 692
Pronostic........ 693
Anatomie........ 693
Étiologie........ 694
Traitement........ 703

CHAPITRE XXII.

Acne disseminata........ 709
Historique........ 709
Définition........ 716
Variétés........ 716
Marche........ 719
Diagnostic........ 722
Étiologie........ 723
Anatomie........ 726
Pronostic........ 727
Traitement........ 728

CHAPITRE XXIII.

Sycosis........ 735
Historique........ 735
Définition........ 744
Diagnostic........ 747
Pronostic........ 748
Étiologie........ 752
Anatomie........ 748
Traitement........ 753

CHAPITRE XXIV.

Acne rosacea........ 759
Historique........ 759
Symptômes........ 764
Marche........ 764
Diagnostic........ 768
Pronostic........ 768
Anatomie........ 769
Étiologie........ 769
Traitement........ 779

CHAPITRE XXV.

Éruptions pustuleuses........ 782
Historique........ 782
Marche........ 798

Diagnostic........ 800
Pronostic........ 801
Étiologie........ 801
Traitement........ 806

CHAPITRE XXVI.

Pemphigus chronique........ 807
Historique........ 807
Définition........ 814
Description........ 815
P. vulgaris........ 816
P. foliaceus........ 818
Étiologie........ 822
Anatomie........ 836
Diagnostic........ 841
Pronostic........ 843
Traitement........ 843

CHAPITRE XXVII.

Rupia........ 848

CHAPITRE XXVIII.

CLASSE V. — MALADIES DE PEAU PRODUITES PAR EXTRAVASATION SANGUINE.

Hémorrhagies cutanées........ 852
Historique........ 852
Processus d'extravasation........ 853
Changements subséquents à l'extravasation du sang........ 857
Siége et formes de l'hémorrhagie........ 859
Hémorrhagies cutanées idiopathiques........ 863
— par suite de contusion........ 864
Extravasation suite de blessures........ 868
— de désordres mécaniques dans la circulation........ 870
Hémorrhagies symptomatiques........ 871
Purpura rhumatismal........ 873
— simple........ 374
— hémorrhagique........ 878
— fébrile, — variole noire........ 885

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME PREMIER.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.